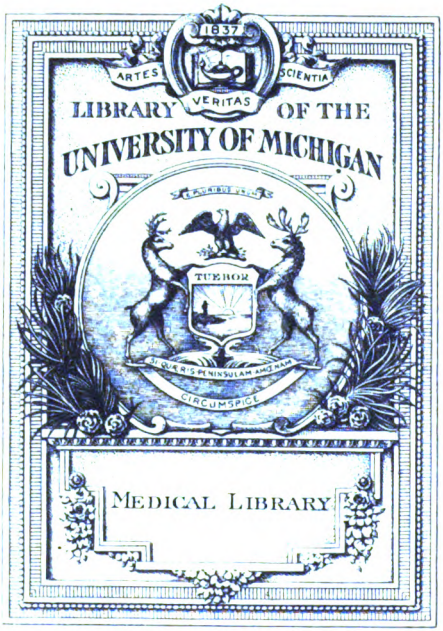
A 3 9015 00382 737 8
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

610.5
A44
Z5

FEB 10 1925

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Wiesloch, KLEIST-Frankfurt a. M., LAEHR-Wernigerode, MERCKLIN-Treptow a. R., PERETTI-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

EINUNDACHTZIGSTER BAND

ERSTES UND ZWEITES HEFT

AUSGEGEBEN AM 29. NOVEMBER 1924

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1924

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

1./2. Heft.

Originalien.

Über das Erkrankungsalter der Dementia praecox mit Berücksichtigung der erblichen Belastung. Von Dr. *Fritz Müller* 1

Der Zahnzustand bei Schwachsinnigen und Normalen. Von *Walter Fischer*, Zahnarzt in Rostock 13

Osteomalazie und Psychose. Von Dr. *Hermann Gundert* (Wien) 39

Über Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Von Dr. *Xaver Nothaaß* (Sonnenstein) 70

Über das Nachsprechen von Testworten bei einer in Rückbildung begriffenen motorischen Aphasie. Von *Ladislaus Benedek* (Debrecen) und *Paul Schilder* (Wien) 79

Erfahrungen mit Somnifen in der Psychiatrie. Von Dr. *Herm. Gundert* (Wien) 87

Die Bewegung der alkoholischen Erkrankungen in Breslau nach dem Kriege. Von *W. Oppler* (Breslau) 97

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

56. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 3. Mai 1924 in Hannover 118

28. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 14. Juni 1924 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg (Pr.) 127

Gemeinsame Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie mit der Gesellschaft deutscher Nervenärzte und den Syphilidologen am 27. September 1924 in Innsbruck über: Die Behandlung der Spät- und Metalues 131

Fortsetzung auf 3. Umschlagseite

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medizin" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Jedes Jahr erscheinen zwei Bände zu je 8 Heften; die Abnahme des ersten Heftes verpflichtet zur Abnahme des ganzen Bandes. Preis für den Band im Umfang von etwa 40 Bogen ca. M. 25.—.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig-Dösen, Post Probstheida, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen ebenfalls 25 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine größere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Wiesloch, KLEIST-Frankfurt a. M., LAEHR-Wernigerode, MERCKLIN-Treptow a. R., PERETTI-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

EINUNDACHTZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1923

REDIGIERT VON

O. SNELL

LÜNEBURG

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1925

Alle Rechte vorbehalten.

Medical
Hirr.

Inhalt.

Erstes und Zweites Heft.

Originalien.

Über das Erkrankungsalter der Dementia praecox mit Berücksichtigung der erblichen Belastung. Von Dr. *Fritz Müller* 1
Der Zahnzustand bei Schwachsinnigen und Normalen. Von *Walter Fischer*, Zahnarzt in Rostock 13
Osteomalazie und Psychose. Von Dr. *Hermann Gundert* (Wien) 39
Über Ehescheidung wegen Geisteskrankheit. Von Dr. *Xaver Nothaaß* (Sonnenstein) 70
Über das Nachsprechen von Testworten bei einer in Rückbildung begriffenen motorischen Aphasie. Von *Ladislaus Benedek* (Debrezen) und *Paul Schilder* (Wien) 79
Erfahrungen mit Somnifen in der Psychiatrie. Von Dr. *Herm. Gundert* (Wien) 87
Die Bewegung der alkoholischen Erkrankungen in Breslau nach dem Kriege. Von *W. Oppler* (Breslau) 97

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

56. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 3. Mai 1924 in Hannover 118
28. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 14. Juni 1924 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg (Pr.) 127
Gemeinsame Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie mit der Gesellschaft deutscher Nervenärzte und den Syphilidologen am 27. September 1924 in Innsbruck über: Die Behandlung der Spät- und Metalues 131

Kleinere Mitteilungen.

Heilanstalt Lublinitz 159
Deutscher Verein für Psychiatrie. Kassenabschluß 161
Heinrich Laehr-Stiftung 161
Literaturbericht der Allgemeinen Zeitschrift 161
Aufnahme nervöser Kinder in Arztfamilien 161
Mitteilung der genealogischen Abteilung der deutschen Forschungsanstalt in München (Professor *Rüdin*) 161
Personalnachrichten 162

Drittes, Viertes und Fünftes Heft.

Originalien.

Die erste rheinische Irrenheilanstalt Siegburg. Eine geschichtliche Studie, unter Benutzung amtlicher Quellen zur 100 jährigen Wiederkehr ihres Eröffnungstages 1. Januar 1825. Von *Johannes Herting* 163
Bericht über die Irrenanstalt Ebersbach aus dem Jahre 1828 an die K. französische Gesandtschaft. Auf Grundlage von Aktenstudien zusammengestellt von Dr. *Wachsmuth* 242
Bild eines Tollhauses im 18. Jahrhundert. (Aus J. B. Basedows Kupfersammlung.) Von *Georg Ilberg* 256
Die Kinder eklamptischer Mütter, ein Beitrag zur Lehre vom Geburtstrauma. Von *J. L. Entres* (Eglfing) 258
Die Krankenpflegeschulen an den bayrischen Heil- und Pflegeanstalten. Von Dr. *C. v. Hösslin* 278
Die Schwesterneinrichtung des Freistaates Sachsen. Von *Joh. Naumann* 306
Die ärztliche Ausbildung der Schwestern im staatlichen Schwesternhause Arnsdorf i. S. Von Dr. *Sagel*-Arnsdorf 320
Die Pflegereinrichtung des Freistaates Sachsen. Von *Paul Naumann* .. 326

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

99. ordentliche Hauptversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 28. Juni 1924 in Bonn 337

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

V. Briefe aus Holland. 1. Das psychiatrische Leben an den Universitäten. Von *H. C. Rümke* (Amsterdam) 351

Kleinere Mitteilungen.

Die preußische Medizinalverwaltung über Ausbreitung und Folgen der Encephalitis lethargica 361
Bewerbungen um den Alvarengapreis 361
Deutscher Verein für Psychiatrie: Austausch der Anstaltsberichte 361
Personalnachrichten 362

Sechstes Heft.

Originalien.

Über die euphorisierende Wirkung des Novoprotin und ihre Anwendung in der Psychiatrie. Von *E. Schneider* 363
Zur Therapie der „Menstrualpsychosen". Von *E. Schneider* 368

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Nachtrag zum Bericht von der gemeinsamen Sitzung usw. über die Behandlung der Spät- und Metalues 374
Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Innsbruck am 25. und 26. September 1924 377

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

VI. Kurzer Überblick über die amerikanische Psychiatrie der Jahre 1910—1920. Von *F. J. Wertheimer* (Baltimore)..... 442

Kleinere Mitteilungen.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie..... 452
Gesellschaft deutscher Nervenärzte..... 452
9. Kongreß für experimentelle Psychologie..... 452
4. internationaler Kongreß für Unfallheilkunde und Berufskrankheiten.. 452
Personalnachrichten..... 453

Über das Erkrankungsalter der Dementia praecox mit Berücksichtigung der erblichen Belastung[1]).

Von

Dr. **Fritz Müller.**

Auf das Wesen der Dementia praecox, von deren Erkrankungsalter die nachfolgenden Ausführungen handeln, näher einzugehen, würde im Rahmen dieser Arbeit zu weit führen, um so mehr, als hier noch vieles problematisch ist. Es scheint sich jedoch, wozu auch die folgenden Ausführungen beweisend beitragen sollen, um eine Erkrankung zu handeln, bei der endotoxische Einwirkungen auf „gewisse in der Anlage minderwertige Organsysteme" vor sich gehen und so den Erkrankungsprozeß auslösen. Wenn *Kraepelin* ätiologisch alles auf die Störung der Stoffwechselvorgänge schiebt und der Vererbung wenig Raum beimessen will, so sprechen doch die Beobachtungen vieler Autoren und auch die weiter unten auszuführenden hiesigen gegen diese Annahme.

Zur Untersuchung lagen die Krankengeschichten von 600 Fällen vor, die während der Jahre 1906—1923 in die Landesheilanstalten Roda eingeliefert wurden. Um eine bessere Vergleichsübersicht zu bekommen, wurden je 300 Männer und Frauen berücksichtigt. Als Fälle wurden nur solche verwertet, die sich in den Rahmen des *Kraepelin*schen Begriffes der Dementia praecox bringen ließen. Unberücksichtigt blieben jedoch die Fälle von präseniler Demenz, deren Zuzählen zur Gruppe der Dementia praecox — ganz abgesehen vom Widerspruch im Namen selbst — auch in der Literatur zahlreiche Gegner gefunden hat. Dem konstitutionellen Faktor Rechnung tragend wurde besonders auch die Frage der präpsychotischen Persönlichkeit untersucht. Die erbliche Belastung wurde ebenfalls berücksichtigt, da Verfasser annahm, daß jeder

[1]) Aus den Thüringischen Landesheilanstalten zu Roda, (Direktor Dr. *Friedel*).

Beitrag zu dieser Frage, die zur Zeit besonderes aktuelles Interesse hat, von Wert sein könne. Sie soll zum Schluß kurz behandelt werden, da sie mit dem eigentlichen Thema wenig Berührungspunkte hat.

Zur Feststellung des Erkrankungsalters interessiert zunächst die Frage: „Welches sind die Erscheinungen, unter denen die Erkrankung beginnt?" Schon hier stehen sich in der Literatur die Auffassungen der Gruppe um *Bleuler* mit der *Kraepelins* gegenüber. Während *Bleuler* so weit geht, daß er die Krankheit als „aus dem Charakter herauswachsend" auffaßt und somit alle die schizoiden und psychopathischen Charaktertypen zur Schizophrenie selbst rechnet, faßt diese *Kraepelin*, dem sich Verfasser hierin anschließt, unter der Gruppe der präpsychotischen Persönlichkeit zusammen und gibt nur zu, daß diese Charaktertypen als Ausdruck einer Disposition zur Dementia praecox zu verwerten sind. Beide Autoren sind jedoch darin einig, daß alle Symptome die Szene eröffnen können; doch ist der Beginn überwiegend ein schleichender.

Unter den Initialsymptomen sind wohl die hysterischen und neurasthenischen die häufigsten. Wenn es z. B. (Fall 201, Frauen) heißt: „Früher gesund. In den letzten Schuljahren häufig Kopfschmerzen; Patientin wurde kleinlaut, niedergeschlagen und ängstlich. Mußte aus der Stellung heimgeschickt werden. Vergaß bald ihre Schulkenntnisse. Nach 5 Monaten: lebhaft, grundlos heiter", so wird man die ersten Erscheinungen hier ohne weiteres als Initialsymptome der Dementia praecox auffassen können. Und derartige Anamnesen waren häufig. „Außerdem", sagt *Bleuler*, „nehmen manche anfangs geordneten und nicht immer auffälligen Beschwerden häufig einen seltsam psychotischen und bizarren Charakter an." Häufig sind vor allem Ermüdungserscheinungen, Kopfweh, Unmöglichkeit zu denken, wie sie unter anderem Fall 4 (Männer) bietet: „Patient früher guter Schüler, still, in sich gekehrt. Vor 9 Jahren durch viel Arbeit verändert; konnte nicht mehr denken, machte sich Selbstvorwürfe für Jugendstreiche; hörte bald darauf Stimmen." Wesentlich ist es auch, daß die affektiven Grundsymptome häufig gleich von Anfang an in den Vordergrund treten; ebenso mischen sich aufregende Träume und Zwangsneurosen unter die ersten Erscheinungen der Krankheit. Selbst *Kraepelin* geht bei der Festlegung des Beginnes so weit, daß er die dem eigentlichen Ausbruch der Dementia praecox vorhergehenden psychischen Abweichungen mindestens zum Teil schon als die Wirkungen der

Krankheitsursache ansieht, auch wenn sie sich bis in die ersten Lebensjahre zurückverfolgen lassen. Er beschreibt selbst eine „unmerklich sich vollziehende Verödung und Verarmung des Seelenlebens", die er als Dementia simplex bezeichnet. Ein Leiden, das gewöhnlich in den Jahren der Geschlechtsentwickelung beginne, dessen erste Anfänge sich jedoch bis in die Kindheit zurückverfolgen ließen. Die Patienten lassen in ihren Leistungen nach, werden zerstreut, zeigen eine gewisse Gedankenarmut und Urteilsschwäche und eine damit Hand in Hand gehende Veränderung der Gemütsart. Es ist das, was Verfasser besonders häufig in den Anamnesen der Hebephrenen fand mit den Worten: „Ist kalt gegen die Angehörigen" und oft auch „patzig im Wesen" bei Personen, die früher andere Wesensart gezeigt hatten. *Kraepelin* und in noch weitergehenderem Maße *Bleuler* halten diese eben beschriebene Krankheitsform der Dementia simplex für ziemlich häufig, zumal sie glauben, daß diese nicht immer in den Bereich des Irrenarztes gelange. Auch neuere Untersuchungen von *Treiber* und *Stelzner* bestätigen diese Frühsymptome. Letztere mißt ihnen besondere Bedeutung in der Frage der Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen bei. Sie ergänzt die bereits erwähnten Symptome noch dahin, daß sie gewisse Erscheinungen in Körperhaltung und Mimik sowie Intelligenzstörungen anführt, die sich besonders durch Ungleichmäßigkeit in den Leistungen, Verlangsamung der geistigen Prozesse und ihres sprachlichen Ausdruckes sowie plötzlichem Stimmungswechsel äußern sollen.

Diesen Beobachtungen folgend sind auch eine ganze Reihe von Früherkrankungen in der Literatur beschrieben. So beschreibt *Sancto de Sanctis* einen 11-jährigen Knaben, der mit den Erscheinungen der affektiven Verödung, autistischer Abgeschlossenheit von der Außenwelt und Beeinträchtigungsideen die Diagnose ohne weiteres sichert. *Strecker* beobachtete 4 Kinder mit Dementia praecox im Alter von 11—14 Jahren. *Rehm* beschreibt einen solchen Fall einer mit 11 Jahren beginnenden Katatonie. *Grünthal* hat 11 Fälle von Schizophrenie im Kindesalter beobachtet, deren Beginn zwischen 12 Jahren, 8 Monaten und 14 Jahren, 10 Monaten liegt. Er vermutet sogar, daß bei einigen von ihnen schon in früherer Kindheit ein Schub vorangegangen ist, der den leichten Schwachsinn bzw. die Abnormitäten der Kinder zur Folge hatte. *Kraepelin*, *Vogt* und *Räcke* haben Fälle von Erkrankungen Ende des ersten und Anfang des zweiten Jahrzehnts beobachtet, deren klinische

Übereinstimmung mit der Dementia praecox der Erwachsenen in Erscheinungen, Verlauf und Ausgang so augenfällig war, daß sie an der Diagnose keinen Zweifel haben konnten. Auch will *Kraepelin* und mit ihm *Voigt* die Pfropfhebephrenien hierher gerechnet wissen, in denen er so vollkommene Züge eines hebephrenen Endzustandes sieht, daß „gar kein Grund vorliegt, diese Erkrankungen durch ein Zusammenwirken ganz verschiedener Krankheitsvorgänge erklären zu wollen".

Inwieweit die zuerst von *Heller* beschriebene und nach ihm benannte Dementia infantilis Heller zur Gruppe der Schizophrenien zu zählen ist, müssen erst noch Beobachtungen weiterer Jahre zeigen. *Zappert* hat in letzter Zeit derartige Fälle beobachtet, die eine im 3.—4. Lebensjahr einsetzende Verblödung darboten. Sie begann mit einer allmählichen psychischen und intellektuellen Grundveränderung im Sinne eines Versagens erziehlicher Einflüsse, auffälliger Unruhe, erregtem und zuweilen ängstlichem Benehmen. Wesentlich ist dabei ein allmählich mit Sprachentstellungen beginnender Sprachverlust bei Erhaltenbleiben von Wortfetzen. Während diese letzteren Erscheinungen wenig in das Bild der Dementia praecox passen — wie es uns die Erwachsenen bieten —, lassen sich Stereotypien, zunehmende Unreinheit und dabei doch intelligenter Gesichtsausdruck wohl darin unterbringen. Wenn auch diese Fragen noch im Fluß sind und wenn insbesondere auch die neuere Erforschung der Gehirngrippe im Kindesalter noch manches Licht auf diese Fragen werfen wird, neigt Verfasser doch dazu, Beziehungen zwischen dieser Dementia präcocissima (wie sie auch noch genannt wird) und der Dementia praecox anzunehmen, da auch hier ein Fall von Frühkatatonie beobachtet werden konnte, der in manchen Zügen seiner Verlaufsform an das eben skizzierte Krankheitsbild erinnert und der jetzt noch sich in der Anstalt befindet, unter dem Bilde einer ausgesprochenen Katatonie.

Krankengeschichte.

Patientin J. Kl., geb. 23. 5. 1900. Erste Aufnahme 1911 in die der Anstalt angeschlossene Idiotenanstalt. Die Anamnese ergab: eine Großmutter der Mutter war Stiefschwester einer der Eltern des Vaters; ein Bruder der Mutter starb an Phthise, Vater der Patientin trank ziemlich viel. Pat. hat noch einen gesunden Stiefbruder und eine gesunde Schwester — Die Geburt war leicht — Brustkind — mit Beginn der Imbibition fast täglich Krampfanfälle; sie wurde starr, schrie im Anfall. Dauer: einige Minuten. Hat schon als Säugling Zuckungen gehabt. Im 6. Jahre Aufhören der Anfälle. Seither keine wieder. Lernte rechtzeitig laufen

und anfänglich auch einige Wörter sprechen. Das Sprachvermögen ging dann bis zum 6. Lebensjahre wieder verloren. Erst später hat Pat. wieder sprechen gelernt. Hat Spitzpocken, Masern und eine Art Scharlach als Kind gehabt. Mit 6 Jahren zur Schule, machte keine Fortschritte. Kann nur Buchstaben nachmalen, nicht lesen; deshalb immer in der untersten Klasse geblieben. Von Charakter gutmütig, ist sauber. — Am 1. 5. 11 bei der Aufnahme war Pat. ruhig und freundlich. 8 Tage später hatte sie bisher noch wenig sprachliche Äußerungen von sich gegeben, in der Schule nur einzelne Worte, zur Pflegerin jedoch zusammenhängende Worte gesprochen. Mitunter stellt sie Fragen. Örtliche Orientierung gut. Bei der Untersuchung völlig mutistisch. In der Schule hat sie nur einzelne Buchstaben nachgemalt. Ist sauber und verträglich, aber schließt sich wenig an andere an. Während der Exploration ständige choreatisch-athetoide Unruhe der Arme; wischt fortwährend mit den Händen an den Ärmeln auf und ab. Lächelt unter leichter Rüsselbildung und stärkerer Innervation des rechten Mundfazialis. Aus dem Befund ist folgendes von der Norm abweichend: kleiner Schädel von 45 cm Umfang, reichliches Haar, Lidspalten etwas geschlitzt, Iris grellblau. Arme und Beine muskelschwach. Kongenitale Hüftgelenksluxation und kompensatorische Skoliose der Wirbelsäule. — Dermographismus sehr lebhaft. Sonstiger Nervenstatus o. B. Etwas angedeuteter Schnauzkrampf. — Bei der Untersuchung einige Wochen später ist Pat. noch immer mutistisch und ängstlich widerstrebend. Beim Anziehen geschickt. Die weitere Beobachtung ergibt: 26. 10. 11: immer scheu und renitent. Bedarf häufiger Ermahnungen im Unterricht, um zum Aufpassen und Antworten bewegt zu werden. Scheint manches recht gut zu begreifen. 15. 10. 11: fällt beim Urlaub zu Haus durch altkluge Äußerungen auf. Januar 1912: Wesen wenig verändert, schreibt immer nur noch einzelne Buchstaben. Immer scheu, an einzelnen Tagen ganz mutistisch. 9. 8. 12: gebessert entlassen. — 20. 4. 14: nach dem Tode beider Eltern der Anstalt wieder zugeführt. Pat. hat seit ihrer Entlassung weder Fort- noch Rückschritte geistig gemacht. Körperlich sehr gewachsen, noch immer blaß und mager. Weiterhin scheu, läßt sich kaum anfassen. 1916 noch immer ganz unverändert. 1917 Schulbesuch eingestellt, da ohne jeden Erfolg. Völlig stumpf und interesselos. 1918/19: seelisch unverändert. Verdächtig auf Lungenspitzenkatarrh. — Ungeheilt im Juli 1919 auf die Geisteskrankenstation überführt. Hier ganz das Bild einer Katatonie.

Wenn auch differentialdiagnostisch in derartigen Fällen immer mit an die Möglichkeit einer Lues tarda gedacht werden muß, so haben sich hier in der langjährigen Beobachtung gar keine Anhaltspunkte dafür ergeben. Verfasser glaubt vielmehr in dem allmählichen Verlust des Sprachvermögens und dem ängstlichen Verhalten sowie vollständigem Versagen in der Schule Analogieen zu dem oben beschriebenen Bilde der Dementia infantilis Heller zu sehen und schließt — wenigstens für diesen Fall — daraus, daß sie doch in einem Zusammenhang mit der Dementia praecox stehen muß.

Dieser Fall im Verein mit all den anderen beschriebenen Früherkrankungen gibt auch gewisse Anhaltspunkte zur Frage der Beziehungen zwischen Dementia praecox und Pubertät. Allein aus der Tatsache, daß überhaupt solche Erkrankungen im frühen Kindesalter vorkommen, könnte man mit *Voigt* die Folgerung ziehen, daß ein entscheidender Zusammenhang mit der Pubertät abgelehnt werden muß. Aber auch aus der zusammengestellten Kurve, des Erkrankungsalters der Dementia praecox, die die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen im zweiten Jahrzehnt darlegt, und der weiteren Auswertung des Materials kann man zu einem derartigen Schluß kommen. Verfasser fand hierbei unter den 600 Fällen nur 11, wo aus der Anamnese eine Angabe über Beziehungen des Beginns zur Pubertät hervorging. Es hieß da: „Pat. wurde in den Entwicklungsjahren allmählich verändert" oder „Mit Einsetzen der Menses wurde eine psychische Umwandlung beobachtet". Es spricht dies doch — zugegeben, daß manche Beobachtungen unzureichend waren — eher für als gegen die eben erwähnte Behauptung. Daß dabei *Kraepelin* in seiner Kurve fast zu den gleichen Ergebnissen bezüglich des Eintritts der Erkrankung kommt, sei hier ebenfalls erwähnt.

Des weiteren bleibt zum Verstehen des Erkrankungsalters noch auf die Frage der präpsychotischen Persönlichkeit einzugehen. In neuerer Zeit hat *Popper* besonders unter diesem Gesichtswinkel eine Einteilung der Dementia praecox — oder der Schizophrenien, wie er sie mit *Bleuler* genannt wissen will — versucht. Seine: Prozeßschizophrenie, schizoider Reaktionstyp, schizophrener Krankheitsvorgang sowie schizoide Reaktion sollen hier unberücksichtigt bleiben. Hier soll nur die präpsychotische Persönlichkeit schlechthin, also alle die Charaktereigentümlichkeiten, die den Haupterscheinungsformen der Dementia praecox ähneln und die sich etwa in den Rahmen still — scheu — reizbar — unstet — haltlos einspannen lassen, Erwähnung finden. Inwieweit vor der Erkrankung auffallend gute Begabung oder Minderbegabung vorlag, war bei der Auswertung ebenfalls von Interesse. Bei seinem Material von 380 Fällen fand *Popper*, daß 49,1 % der Männer und $^1/_3$ der Frauen intellektuell schlecht veranlagt waren. Verfasser fand bei seinem Material, wobei nur 203 Männer und 150 Frauen verwertet werden konnten, da bei den übrigen genaue Angaben hierüber fehlten, daß bei den Männern sehr gute Begabung in 16,7 % der Fälle vorlag gegenüber 15,2 % Minderbegabten, bei den Frauen

in 12 % der Fälle sehr gute und in 16 % Minderbegabung vorlag.

Strecker nennt die präpsychotische Persönlichkeit potentielle Psychosen und versteht darunter diejenigen Seelenzustände, die in der Kindheit von später geistig Erkrankenden oder überhaupt vor dem Ausbruch der ausgeprägten Seelenstörung vorliegen. *Kraepelin* fand, daß es sich namentlich beim männlichen Geschlecht um Kinder handle, die stets ein stilles, scheues und zurückgezogenes Wesen zeigten, keine Freundschaften schlossen und für sich lebten. In zweiter Linie, mehr bei Mädchen, wird Reizbarkeit, Empfindlichkeit, Aufgeregtheit und nervöses Wesen beobachtet, daneben Eigensinn und Neigung zur Bigotterie. Eine dritte kleinere Gruppe besteht aus solchen, die von Jugend auf träge, arbeitsscheu, unstetig, zu schlechten Streichen geneigt sind, nirgends lange aushalten und dann zu Landstreichern oder Verbrechern werden. Nach diesen Grundzügen hat sich auch *Schneider* in seiner kürzlich erschienenen Arbeit im wesentlichen gerichtet und nachgewiesen, daß hierbei innige Beziehungen zu Psychopathen in Dementia praecox-Familien bestehen, d. h. daß diese Charaktereigenschaften bei Leuten in solchen Familien gefunden wurden, bei denen es nicht zur eigentlichen Psychose gekommen ist. Er kommt danach zu dem Schluß, daß präpsychotische Persönlichkeit und Psychose keine Einheit darstellen, sondern daß erstere zeitlebens bestehen kann, ohne daß das Individuum je krank zu sein braucht. Derartige Psychopathen fand *Schneider* 21,8 %, *Schulze* fand 50—70 %, *Kerpes* 68 % und *Schott* hat 28 % „stille und verschlossene Naturen" bei seinen Kranken in der Vorgeschichte beobachtet. Verfasser fand bei der obengenannten Zahl der hier verwertbaren Fälle 43,8 % der Männer und 50,6 % der Frauen in diesem Sinne präpsychotisch verändert. Auf die drei Einzelgruppen I still, scheu, ängstlich, gewissenhaft, II Mangel an Kraft, Stetigkeit des Willens und Arbeitsscheu, III abnorm reizbar, störrisch, unstet, häufig wechselnd, verteilen sie sich wie folgt:

Männer	Gruppe	I	23,1 %	II	7,4 %	III 13,3 %
Frauen	„	I	21,3 %	II	1,3 %	III 28 %.

Diese verhältnismäßig hohen Prozentzahlen einer präpsychotischen Veränderung überhaupt sind nach Ansicht des Verf. sehr wohl im Sinne eines konstitutionellen Faktors oder im Sinne der eingangs aufgestellten Behauptung von „Minderwertigkeit gewisser Organsysteme" zu verwerten; besonders auch auf den Ergebnissen

fußend, die *Schneider* erhalten hat, daß nämlich 21,8 % Dementia praecox-artige Psychopathen in Dementia praecox-Familien vorkommen. *Kahn* hat diesen Faktor als vererbbar aufgefaßt und ihm den Namen „Prozeßpsychose" gegeben. Inwieweit diese psychopathisch-erbliche Belastung auch bei unserem Material vorlag, wird weiter unten zu zeigen sein.

Nachdem nunmehr der Begriff des Erkrankungsalters für diese Untersuchungen festgelegt ist, kommen wir zur weiteren Auswertung des Materials selbst. Es wurden dabei die Hauptgruppen der Dementia praecox gesondert betrachtet. Die Katatonie mit ihren Früh- und Spätformen, die Hebephrenie in der erweiterten Fassung von *Daraszkiewicz*, der zum eigentlichen Hebephrenie-Begriff *Kahlbaums* noch die schweren, zu tiefer Verblödung führenden Fälle zählt, und schließlich die Dementia paranoides *Kraepelins*, bei der weniger die Art der Wahnbildung als die Verlaufform zur Begriffsbestimmung geführt hat. Als vierte Gruppe wurden alle unter der Diagnose Dementia praecox vorhandenen Fälle zusammengefaßt, die sich nicht in eine der anderen Formen hatten einordnen lassen. Unter ihnen beobachtete Verf. vor allem auch die durch ihren Beginn charakterisierten und oben schon beschriebenen Fälle von Dementia simplex. Eine Tatsache, für die auch das Zahlenmaterial spricht, das in 177 Fällen dieser Gruppe einen schleichenden gegenüber 100 mit akutem Beginn ergibt. Von der Katatonie wurden zahlenmäßige Auswertungen nicht besonders aufgestellt, da die Zahl dieser 30 Fälle hierfür zu gering war. Wohl aber von der Hebephrenie, die zwar im Verhältnis des Erkrankungsalters zwischen Männern und Frauen keine nennenswerten Unterschiede ergab, verglichen mit der Zahlenreihe der Dementia praecox-Gruppe, jedoch ein auffallendes Nachlassen der Häufigkeit von 8,7 % auf 1,7 % nach dem 26. Jahre zeigte. Denn bei dieser Gruppe IV (Dementia praecox) war das Fallen der Kurve erst nach dem 30. Lebensjahr zu verzeichnen. So konnten diese drei Gruppen zu einer Einheit zusammengefaßt werden gegenüber der, eine ganz andere Verlaufsform nehmenden Kurve, der Dementia paranoides. Den Behauptungen *Bleulers*, daß bei der Erkrankung im 2.–3. Jahrzehnt zum großen Teil die hebephrenen und katatonen Formen vorherrschen, im 4. Dezennium die paranoiden, kann Verf. zustimmen an Hand der Ergebnisse. Auch die Beobachtungen *Bleulers*, daß bei der Hebephrenie die meisten Patienten zwischen 15 und 25 Jahren erkranken, können bestätigt werden und wurden zum Teil schon oben erwähnt. Bei dem Erkrankungsalter

der Dementia paranoides konnte Verf. jedoch nach einem Beginn der Kurve mit dem 22. Jahre — gegenüber 11.—15. bei den übrigen Formen — schon ein gehäuftes Auftreten der Fälle im 25.—28. Jahre — bei Frauen hier mehr als bei Männern — feststellen. Im 35. Lebensjahr begann die Zahl, die vorher wieder gefallen war, erneut zu steigen, wobei die Männer die Frauen überwogen und bei 38 Jahren ihre Höchstzahl erreichten, um dann schnell ganz abzufallen. Die Zahlen bei den Frauen behielten dagegen bis zum 50. Jahr ungefähr die gleiche Höhe bei. Die Frage, ob diese Tatsache des späteren Beginnes der paranoiden Formen in der dem Alter entsprechenden psychischen Persönlichkeit zu suchen ist, wie sie *Kraepelin* zu erklären sucht, muß hier offen gelassen werden. Verf. hatte eher den Eindruck, als ob diese Krankheitsform überwiegend bei von Jugend an ganz anderen Charaktertypen auftritt. *Kraepelins* Beobachtungen gehen ferner dahin, daß bei etwa gleichem Verhalten des Erkrankungsalters der Dementia praecox bis zum 15. Jahre in beiden Geschlechtern, danach das männliche stark überwiege. Zwischen dem 30. und 35. Jahre stelle sich dann das Gleichgewicht wieder her. Nach dem 40. Jahre ist die Erkrankungszahl der Frauen überwiegend, am stärksten jedoch in den hohen Jahren. Verf. fand auch diese Angaben bestätigt für den Zeitraum vom 41.——51. Jahre. Danach kommen bei beiden Geschlechtern nur noch vereinzelte Erkrankungsfälle vor (0,3 %), die sich bis zum 60. Lebensjahre hinziehen, und zwar sind es hier nur die paranoiden Formen, die überhaupt noch auftreten, während die Hebephrenie im 41. und die Katatonie im 43. Lebensjahre den letzten Erkrankungsfall aufweist. Die Höchstzahl an Erkrankungen wurde bei beiden Geschlechtern im 21. Lebensjahre beobachtet, wobei die Männer stark in der Überzahl sind, besonders schon vom 14. Jahre an. Die Häufigkeit der Erkrankungen in den eigentlichen Pubertätsjahren, also bei Mädchen zwischen 12—15 und bei Knaben vom 13.—16. Jahr, ergab bei recht geringen Werten von 0,5 % beim weiblichen und 2,7 % beim männlichen Geschlecht während dieses Zeitabschnittes, zwar immerhin ein deutliches Überwiegen der letzteren, konnte aber als Gesamtresultat nur im Sinne der oben aufgestellten Behauptung, daß eine entscheidende Beziehung zwischen Erkrankungsalter und Pubertät nicht bestehe, verwendet werden.

Daß die hier beobachteten Späterkrankungen nicht allein auf Konto einer schlechten Beobachtung der Früherscheinungen zu setzen sind — eine Annahme, die bei der geringen Zahl der Fälle

naheliegen könnte —, beweisen jedoch auch andere Literaturergebnisse. So hat sowohl *Kraepelin* bei seinem großen Material von nahezu 1100 Krankengeschichten in der Altersstufe 50.—55. Jahr 1,1 % und in der vom 55.—60. Jahre 0,2 % Erkrankungsfälle beobachtet. *Petrén* beschreibt ebenfalls Katatonien nach dem 40. Lebensjahr, und *Schröder* berichtet von einem gut beobachteten Falle, der mit 59 Jahren an Dementia praecox erkrankte und ganz die Erscheinungen wie die in jüngeren Jahren erkrankenden bot.

Die Forderung *Kraepelins*, die Pfropfhebephrenien zu den Erkrankungen im Kindesalter zu zählen, wurde oben schon als auch für unsere Fälle berechtigt anerkannt. Ein entscheidender Einfluß als Fehlerquelle in der Kurve der Erkrankungszahlen kommt ihr jedoch nicht zu, da es sich nur um 3 % der Fälle handelt, deren gewissermaßen zweite Manifestation in der großen Mehrzahl vor dem 25. Lebensjahre lag.

Weiterhin wurde darauf geachtet, wie sich die Zahl der plötzlich Erkrankten — d. h. derjenigen, bei denen vorher keine Veränderungen nachzuweisen gewesen waren —, zu der der Fälle mit schleichendem Beginn verhielt. Es ergab sich ein Verhältnis von 212 plötzlich Erkrankten zu 368 solcher mit schleichendem Beginn. Bei den Frauen waren jedoch diese Zahlen — 131 zu 141 — nahezu gleich, ein Ergebnis, das im Verhältnis zum Ganzen ohne Zweifel für eine größere Neigung der Frauen, akut zu erkranken, gegenüber den Männern spricht. Zur Erklärung hierfür liefert wohl die konstitutionell bedingte größere Affektlabilität der Frau einen Hinweis.

Der Fehlerquellen derartiger zahlenmäßiger Erhebungen ist sich Verf. wohl bewußt. Einmal liegen sie darin, daß nur Anstaltsmaterial zur Verfügung steht und die vermutlich nicht unerhebliche Zahl der leichteren Fälle außerhalb derselben unberücksichtigt bleiben muß, andererseits, daß die anamnestischen Angaben unzulänglich sind. Trotzdem wird es in diesen Fragen nur durch zahlreiche statistische Erhebungen gelingen, Gesetzmäßigkeiten abzuleiten und somit vor allem der wesentlichsten Frage, der Genese der Erkrankung, näher zu kommen.

Zum Schluß sei noch kurz auf die Frage der erblichen Belastung bei der Dementia praecox eingegangen. Unter anderen haben *Rüdin*, *Jolly* und *Hoffmann* Untersuchungen über den Erbgang bei der Dementia praecox angestellt. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß sie sich nach dem rezessiven Typ des *Mendel*schen Erbganges vererbe. Vor allem ziehen sie diesen Schluß daraus, daß in den Fa-

milienstammbäumen der an Dementia praecox Erkrankten die indirekte, kollaterale Vererbung immer wieder gegenüber der direkten, dem dominanten Erbgang entsprechenden, vorherrsche. *Rüdin* stellt die Behauptung auf, daß es sich wahrscheinlich um den dihybriden Modus des rezessiven Erbganges handele, d. h. daß zwei voneinander unabhängig spaltende Faktoren miteinander korrespondieren. Hieraus würde sich, indem gewissermaßen zwei mal vier Faktoren, ein dominantes und ein rezessives Faktorenpaar sich miteinander kombinieren lassen, die große Zahl von äußerlich gesunden Mitgliedern in Dementia praecox-Familien erklären lassen. Denn es bestände demnach in 15 Kombinationsfällen die Möglichkeit der Entstehung von nichtpsychotischen Individuen. *Lenz* hat in neuerer Zeit dieser Behauptung widersprochen, daß ein rezessiver Erbgang vorliege. Nach seiner Meinung spricht dagegen der Umstand, daß unter den Kindern Schizophrener wie auch unter den Eltern sich auffallend häufig schizoide Typen finden. Wenn man nun die Auffassung vertritt, daß diese Typen eine Mittelstellung zwischen krank und gesund einnehmen, so könnte man ihnen — nach *Lenz* — die Formel des *Mendel*schen Bastards (DR.) zuerkennen. *Lenz* will nicht ohne weiteres der jetzt meist geltenden Auffassung zustimmen, daß die Rezessivität die beste und alleinige Erklärung des indirekten — kollateralen — Erbganges sei. Er hält es ebenso für möglich, daß bei der Erbformel der Dementia praecox der homozygot-dominante, bei der der schizoiden Persönlichkeit der heterozygot-dominante Zustand derselben Anlage vorliege. Welcher Erbgang auch vorliegt, das eine ist gewiß, sagt *Lenz*, daß die Dementia praecox in beiden Fällen nur durch Kombination bestimmter Anlagen von beiden Elternseiten entstehen kann, wie auch die empirische Forschung dargetan hat. An unserem Material, wovon nur 250 Fälle erblich in irgendeiner Weise nachweisbar belastet waren, fand sich in 23,2 % abnormer Charakter, 16,8 % Geisteskrankheit und 12,8 % nervöse Belastung von Seiten der Eltern; in 20,8 % war Geisteskrankheit, in 10,8 % abnormer Charakter und in 7,2 % nervöse Belastung bei den Geschwistern vorhanden. Die Kollateralen — Onkel, Tanten etc. — fanden sich in 20,4 % mit Geisteskrankheit, in 9,6 % mit abnormem Charakter und in 5,2 % mit nervöser Belastung im Erbgang vor. Beinahe die Hälfte aller Fälle waren somit nachweisbar belastet. Wenn auch diese Zahlen nicht absolut in den Rahmen der oben angeführten Theorien passen, so sprechen sie jedenfalls nicht dagegen. Um so weniger, wenn man bedenkt, daß Angaben und Er-

mittlungen über geistige Abnormitäten bei den nächsten Verwandten, wie Eltern und Geschwistern, natürlich häufiger von den oft nur die Familie kennenden Ärzten und Begleitern gemacht werden können als über die fernere Verwandtschaft.

Nach all diesen Ergebnissen hält sich Verf. zu dem Schluß berechtigt, daß die Dementia praecox eine Erkrankung darstellt, bei der endotoxische Einwirkungen, die nicht in den Pubertätsjahren begründet liegen, auf gewisse, in der Anlage minderwertige Organsysteme vor sich gehen, wobei die Minderwertigkeiten in einem vererbbaren konstitutionellen Faktor begründet liegen.

Literatur.

Bleuler, Monographie der Dementia praecox.
Grünthal, Die Schizophrenie im Kindesalter (Monatsschr. f. Neur. u. Psych. XLVI, 1919, Heft 4).
Hoffmann, Die Nachkommenschaft der endogenen Psychosen. Berlin 1921.
Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 1913.
Lenz, Fritz, Entstehen die Schizophrenien durch Auswirkung rezessiver Erbanlagen? 1922.
Mollweide, K., Die Dementia praecox im Lichte der neueren Konstitutionspathologie. 1913.
Popper, Zur Frage des schizophrenen Reaktionstyps (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 68. 1921).
Rüdin, Zur Vererbung und Entstehung der Dementia praecox (Monographie a. d. Gebiet d. Neur. u. Psych. H. 12. Springer).
Schneider, A., Über Psychopathen in Dementia praecox-Familien (Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie, Bd. 79. 1923).
Stelzner, Die Frühsymptome der Schizophrenie in ihren Beziehungen zur Kriminalität und Prostitution der Jugendlichen. 1915.
Stransky, Zur Entwicklung und dem gegenwärtigen Stand der Lehre von der Dem. praecox (Schizophrenie) (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. VIII, H. 5, IX, H. 1. 1913).
Strecker, Edward, Psychosen und potentielle Psychosen im Kindesalter (New York, Med. Journ. Bd. 114. 1921).
Treiber, Frühsymptome der Dem. praecox (Psych.-Neurol. Wochenschr. XV, Nr. 9—10).
Voigt, L., Über Dem. praecox im Kindesalter (Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 48. 1919).
Kahn, Bemerkungen zur Frage des Schizoids. 1921.
Zappert, J., Dementia infantilis Heller (Wien. med. Wochenschr. Jg. 71, Nr. 30. 1921).

Der Zahnzustand bei Schwachsinnigen und Normalen[1]).

Von

Zahnarzt **Walter Fischer** (Rostock).

In der Literatur findet man häufig Angaben, daß bei Schwachsinnigen besondere Veränderungen im Bereiche der Kiefer und Zähne vorkommen sollen. Die Aufgabe dieser Arbeit soll es sein, die Fragen zu prüfen:

„Besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Zustand des Zahnsystems Schwachsinniger und dem Normaler?"

„Hat eine Veränderung im Munde, seien es Gaumen oder Zähne als solche, für den Schwachsinn eine spezielle Bedeutung?, oder

„Wie sind dieses Veränderungen zu bewerten?"

Die Untersuchungen wurden angestellt in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt der Provinz Hannover zu Langenhagen (Direktor San.-Rat Dr. *Schütte*), dem Kinderheim Lewenberg b. Schwerin (Direktor Geh. Medizinalrat Dr. *Rust*) und dem Rettungshaus Gehlsdorf b. Rostock. Die psychischen Untersuchungsbefunde wurden aus den Akten und nach den Angaben der Herren Abteilungsärzte aufgestellt. — Für das Rettungshaus Gehlsdorf stellte die Poliklinik für Nerven- und Gemütskranke Rostock (Prof. Dr. *Rosenfeld* und Prof. Dr. *Walter*) ihre Befunde zur Verfügung. — Soweit das Material an Schwachsinnigen.

Normale Schulkinder wurden untersucht

1. gemeinsam mit dem Schulzahnarzt der Seestadt Rostock *M. A. Weber* die Kinder der Friedrich-Franz-Knaben- und Mädchenschule der untersten Klasse.
2. Die Schüler und Schülerinnen der Seminarschule, der Aufbauschule und des Seminars, sämtlich zu Neukloster i. M.
3. Die im Jahre 1911 geborenen wiederimpfpflichtigen Schulkinder des II. Impfbezirks der Seestadt Rostock (San.-Rat Dr. *Crull*).

[1]) Aus dem Hygienischen Institut der Landesuniversität Rostock i. Meckl. Direktor: Professor Dr. med. *von Wasielewski*.

Tafel I.

Untersuchungs-Nachweis.

Anstalt	Normale	Normale in Anstaltspflege	Psychopathen	Debile	Imbezille	Idioten	Gesamtzahl
Langenhagen Landes-Heil- und Pflegeanstalt bei Hannover	0	0	0	0	234	177	411
Lewenberg bei Schwerin Kinderheim	0	0	0	3	128	114	245
Gehlsdorf Rettungshaus	0	13	7	35	13	0	68
Friedr. Franz-Schule Rostock	137	0	0	0	0	0	137
Seminarschule	224	0	0	0	0	0	224
Aufbauschule	31	0	0	0	0	0	31
Seminar	68	0	0	0	0	0	68
Impfkinder	279	0	0	0	0	0	279
Gesamtzahlen:	739	13	7	38	375	291	1463
	=	=	=	=	=	=	=
	50,51%	0,89%	0,48%	2,60%	25,63%	19,89%	100%

Insgesamt: Normale: ..... 739 = 50,51%
Schwachsinnige: ..... 724 = 48,12%
Psychopathen und Normale in Anstalten 20 = 1,37%

Die Begriffe debil, imbezill und idiotisch bezeichnen bestimmte Gruppen des Schwachsinns, deren Beurteilung von jedem einzelnen Untersucher abhängig ist. Im allgemeinen hat man sich daran gewöhnt, die schwächsten Grade mit Debilität — die mittleren Grade mit Imbezillität, die stärksten und hochgradigsten mit Idiotie zu bezeichnen. Die Grenzen zwischen diesen 3 Gruppen sind naturgemäß schwankend. Worauf diese Veränderungen der Psyche zurückzuführen sind, ist noch nicht völlig erwiesen. Hier mögen teils Prozesse in der Hirnsubstanz selbst (Encephalitis), teils Störungen der inneren Sekretion mitspielen.

Das Zahlenverhältnis der Schwachsinnigen und Normalen ist annähernd das gleiche. Die Zahlen für Normale in Anstaltspflege und für Psychopathen kommen in der Folge nicht in Betracht, da sie zu klein sind, um endgültige Schlüsse daraus zu ziehen. Die Untersuchungen wurden sämtlich ausgeführt mit Spiegel und Sonde, und das Ergebnis für jedes Kind getrennt aufgezeichnet.

Tafel 2.

Altersaufbau.

Alter	Normale	Psychopathen	Normale in Anstaltspflege
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0
6	76 = 10,2 %	0	0
7	92 = 12,45%	0	1 = 7,7%
8	41 = 5,5 %	0	0
9	29 = 3,9 %	2 = 28,6%	3 = 23,1%
10	24 = 3,2 %	1 = 14,3%	0
11	31 = 4,2 %	1 = 14,3%	1 = 7,7%
12	311 = 42,08%	0	0
13	30 = 4,15%	1 = 14,3%	2 = 15,4%
14	30 = 4,15%	0	4 = 30,8%
15—16	16 = 2,16%	2 = 28,6%	2 = 15,4%
17—18	24 = 3,2 %	0	0
19—20	25 = 3,4 %	0	0
21—25	10 = 1,4 %	0	0
25 u. älter	0	0	0
	739 = 100%	7 = 100%	13 = 100%
1—14	664 = 89,83%	5 = 71,5%	11 = 84,7%
15 u. älter	75 = 10,17%	2 = 28,6%	2 = 15,4%

Alter	Debile	Imbezille	Idioten
3	0	1 = 0,26%	7 = 2,4 %
4	0	2 = 0,53%	7 = 2,4 %
5	0	2 = 0,53%	16 = 5,5 %
6	1 = 2,6%	2 = 0,53%	10 = 3,44%
7	1 = 2,6%	5 = 1,33%	11 = 3,78%
8	2 = 5,3%	15 = 4,0 %	21 = 7,2 %
9	1 = 2,6%	25 = 6,66%	22 = 7,6 %
10	3 = 7,9%	36 = 9,7 %	18 = 6,2 %
11	2 = 5,3%	25 = 6,66%	21 = 7,2 %
12	6 = 15,8%	42 = 11,2 %	14 = 4,8 %
13	6 = 15,8%	40 = 10,7 %	16 = 5,5 %
14	5 = 13,2%	27 = 7,2 %	15 = 5,2 %
15—16	7 = 18,3%	33 = 8,8 %	16 = 5,5 %
17—18	3 = 7,9%	22 = 5,86%	21 = 7,2 %
19—20	0	23 = 6,13%	12 = 4,1 %
21—25	0	26 = 6,93%	15 = 5,2 %
25 u. älter	1 = 2,6%	49 = 13,1 %	49 = 16,9 %
	38 = 100%	375 = 100%	291 = 100%
1—14	27 = 71,1%	222 = 59,30%	178 = 61,22%
15 u. älter	11 = 28,8%	153 = 40,82%	113 = 38,9 %

In der vorstehenden Statistik über den Altersaufbau sind die Prozentzahlen stets auf die absoluten Zahlen in der betr. Krankheitsgruppe berechnet.

Hohe Zahlen fallen unter den Normalen auf im 6. und 7. Lebensjahre. Diese entstehen durch Untersuchungen von Kindern der untersten Seminarschulklasse in Neukloster und solcher der Friedrich-Franz-Schule-Rostock. In derselben Spalte unter den 12jährigen sind 279 Impfkinder enthalten. Bei den Idioten fallen besonders viele ältere auf, die zeitlebens der Anstaltspflege bedurften, und so trotz des teilweise schlechten Zahnzustandes als Vergleichsmaterial herangezogen wurden.

Die einwandfreiesten Befunde boten die Kinder bis zum 14. Lebensjahre, die bei sämtlichen Untersuchungen mit 1107 = 75,67 % gegenüber älteren mit 356 = 24,33 % überwogen. Diese bestätigten jedoch im allgemeinen die Befunde der Jugendlichen.

Bei der Aufstellung von Vergleichsbefunden zwischen zwei Gruppen von Menschen, die wie in der vorliegenden Arbeit nach psychischen Gesichtspunkten geschieden sind, ist es wesentlich, erst eine Norm als Normal kennen zu lernen, die bei den komplizierten Verhältnissen im Bau des menschlichen Körpers natürlich fast nie erreicht wird, sondern nach allen Richtungen hin mehr oder weniger Abweichungen zeigt.

Ein Hauptaugenmerk bei der Feststellung einer Norm ist zu richten auf die Entwicklung der Mundhöhle, insbesondere der Zähne, da durch Störungen in derselben die weitaus meisten Veränderungen begründet sind. Etwa um die Mitte des 2. Fetalmonats bildet das Epithel der Mundschleimhaut eine bogenförmige Epitheleinfaltung, die Zahnleiste, an welcher sich einzelne gegen das Mesoderm vordringende Epithelknospen in die Tiefe abzweigen. Bald lösen sich diese vom Mundepithel los und werden zu selbständigen epithelialen Keimanlagen. Nach zahlreichen Differenzierungsvorgängen setzt sich jeder dieser Milchzahnkeime aus bestimmten Zellschichten zusammen.

Das Epithel liefert die schmelzbildenden Organe, die Ameloplasten, die von der jungen Schmelzpulpa anfänglich überzogen werden. Nach innen liegt die Schmelzpulpa an der von Odontoplasten gebildeten jungen Dentinkappe, die wieder als zentralen Kern die Hauptgewebsmasse des Keimes, die junge, vom Bindegewebe gebildete Keimpulpa überdeckt. Sie liefert an ihrer Peripherie die Odontoplasten, die zeitlebens die Dentinproduktion

zu besorgen haben. Rings um die Keimanlage schließt sich noch ein zellarmes, lockeres Bindegewebe an.

Von dem oben erwähnten Epithelzuge, der zur Keimanlage in die Tiefe dringt, zweigt sich kurz nach Bildung des Milchzahnkeimes ein zweiter Strang lingualwärts der Zahnleiste ab für die in gleicher Weise später zu bildende bleibende Zahnreihe. Während nun die junge Zahnkrone ihrer Ausgestaltung entgegengeht, rückt sie allmählich nach oben zur Mundschleimhaut vor, aber auch basal wächst sie unter Bildung einer Wurzel vor. Diese bleibt noch längere Zeit — beim Milchgebiß sogar stets — unvollendet und schließt sich beim bleibenden Gebiß erst lange Zeit nach dem Beginn der Inanspruchnahme des Zahnes durch die Kau- bezw. Bißfunktionen.

Je nach ihrer früheren oder späteren Anlage erfolgt auch die Verkalkung der Zähne zu verschiedenen Zeiten, so daß sich Störungen gerade im Kalkstoffwechsel an den Zähnen vorwiegend in Form einer mangelhaften Härte des Schmelzes event. sogar durch Fehlen desselben bemerkbar machen (Rachitis). Die Milchzähne nehmen bereits in der Embryonalperiode Kalksalze auf, während die bleibenden Zähne erst postfetal zu verkalken pflegen.

Zum Durchbruch kommen im menschlichen Gebiß 20 Milchzähne (Dentes decidui), von denen in jedem Kiefer 2 große mittlere Schneidezähne, 2 kleine seitliche Schneidezähne, 2 Eckzähne, 4 Backenzähne vorhanden sind. Der Durchbruch dieser Zähne erfolgt in regelmäßiger Reihenfolge, nur die Zeit, in der ein jedes Zahnpaar durchbricht, unterliegt gewissen Schwankungen. Im allgemeinen beginnt der Durchbruch gegen den 7. Monat und ist bis zum Schluß des 2. Lebensjahres beendet.

Von den bleibenden Zähnen, Dentes permanentes, kommen in jeder Kieferhälfte 8 zur Entwicklung, also 3 mehr als im Milchgebiß. Man spricht hier dann von Ersatzzähnen (1—5) und Zuwachszähnen (6—8). Entwicklungsgeschichtlich bilden sich, wie schon erwähnt, die Ersatzzähne aus einer zweiten Ausstülpung der Epithelleiste, während die Zuwachszähne aus einer allgemeinen Verbreiterung derselben nach hinten ihren Ursprung nehmen, also eigentlich zur ersten Serie der Zähne gehören.

Die Kalkablagerung in den bleibenden Zähnen beginnt am ersten Mahlzahn, und zwar im Unterkiefer etwas früher als im Oberkiefer. Der 1. Mahlzahn des Oberkiefers verkalkt 5—6 Monate nach der Geburt. Der mittlere Schneidezahn etwas später, der

seitliche Schneidezahn und Eckzahn im 8.—9. Monat, der dritte Mahlzahn ungefähr im 12. Lebensjahre.

Der Durchbruch der bleibenden Zähne ist folgender:

erster Mahlzahn	5.—8. Jahr
mittlerer Schneidezahn	6.—9. „
seitlicher Schneidezahn	7.—10. „
erster Prämolar	9.—13. „
Eckzahn	9.—14. „
zweiter Prämolar	10.—14. „
zweiter Mahlzahn	10.—14. „
dritter Mahlzahn	16.—40. „

Im Unterkiefer brechen sie im Durchschnitt früher durch als im Oberkiefer.

Die Kronen der Schneidezähne sind meißelförmig mit scharfer horizontaler Schneidekante versehen. Letztere wird durch den Gebrauch an den oberen Zähnen hinten, an den unteren vorn abgeschliffen. Vor der Abnutzung ist die Schneidekante wellig gesägt und mit drei Spitzen versehen. Die labiale Kronenfläche ist konvex und besitzt zwei seichte Längsfurchen, die linguale Fläche ist ausgehöhlt und zeigt bei den oberen Schneidezähnen am medialen und lateralen Rande je eine Leiste, die Randleiste, welche nach dem Halse zu in ein Höckerchen, Tuberculum dentis, übergeht. Die oberen Schneidezähne sind schräg nach vorn gerichtet. Die unteren stehen senkrecht im Kiefer; die oberen sind zugleich breiter als die unteren. Im Oberkiefer sind die medialen Schneidezähne am breitesten, im Unterkiefer die lateralen. Die medialen unteren Incisivi sind die schmalsten von allen Zähnen. Die Eckzähne sind die längsten des Gebisses. Sie haben eine winklig geknickte Schneide, so daß zwei Schneidekanten unterschieden werden, die mediale kurze und die laterale längere. Die labiale Fläche ist konvex, die linguale konkav. Beide besitzen eine niedrige, von der Kronenbasis zur Mittellinie ziehende Mittelleiste. Auch beim Eckzahn finden wir die schon von den Schneidezähnen bekannte Randleiste mit dem Tuberculum dentis. Die Backenzähne, Prämolares, sind zweihöckrige Zähne und heißen deshalb auch Bicuspidati. Es gibt zwei obere und zwei untere. Ihre Krone hat eine Kaufläche mit zwei Höckern, einem größeren bukkalen und einem kleineren lingualen. Die Flächen der länglichviereckigen Krone tragen zum Teil auch andere Namen als die der Frontzähne; die bukkale, der Wange zugekehrte Fläche entspricht der labialen Fläche der Frontzähne. Das

wichtigste Merkmal bildet die Kaufläche mit ihren beiden Höckern. Der bukkale ist bei allen Prämolaren stärker und höher als der linguale. Bei den unteren beiden Prämolaren überwiegt der bukkale Höcker oft so sehr, daß der linguale oft nur als Anhängsel erscheint. Beim zweiten oberen Prämolaren kann der linguale Höcker fast die Höhe des bukkalen erreichen. In der Mitte zwischen beiden Höckern verläuft eine Furche; die Kronen der unteren Prämolaren sind etwas lingual geneigt und zeigen die sogenannte Kronenflucht recht deutlich. Die Mahlzähne, Molares, sind vielhöckerige Zähne, weshalb man sie auch Multicuspidates genannt hat. Sie sind die größten und massigsten Zähne des ganzen Gebisses und werden erst in der zweiten Dentition gebildet. Sie haben im Milchgebiß keine Vorgänger (Zuwachszähne). Der mächtigste von ihnen ist der erste Molar, der sogenannte sechsjährige Backenzahn, der kleinste der dritte Molar, Dens serotinus oder auch Weisheitszahn, Dens sapientiae, wegen seines späten Durchbruchs (16.—40. Jahr) genannt. Die Mahlfläche der oberen Zähne ist mehr rhombisch, mit abgerundeten Ecken. Die der unteren ist quadratisch oder rechteckig. Die Mahlfläche ist nicht glatt, sondern zeigt 4 oder 5 Höcker, welche durch gekreuzte Furchen voneinander geschieden sind. Die Furchen bilden bei den oberen Molaren ein H, bei den unteren ein Kreuz. Bei den oberen sind die bukkalen, bei den unteren die lingualen Höcker höher. Bei den dritten Molaren sind die lingualen Höcker meist verschwunden.

Der Zahnstand des menschlichen Gebisses ist lückenlos und unterscheidet sich hierdurch von allen andern Säugern und auch an den anthropoiden Affen, bei denen allen sich zwischen dem oberen zweiten Incisivus und dem Caninus ein Diastema befindet.

Die Größe der Zähne nimmt bis zu dem zweiten Molaren zu und dann wieder ab. Ausnahmen hiervon sind der seitliche obere Incisivus und in einigen Fällen auch der dritte obere Molar. Die Länge der Zahnkrone nimmt vom ersten Incisivus bis zum dritten Molar immer mehr ab. Die Krümmung der Zahnbögen ist verschieden. Der obere bildet eine halbe Ellipse, der untere eine Parabel. Die Verschiedenheiten werden ausgeglichen durch die Richtung der Zähne, und zwar dadurch,daß die obere Zahnreihe etwas schräg labial, die untere etwas lingual geneigt ist. Infolgedessen ragt der Oberkiefer mit seinen Schneidezähnen über die entsprechenden Zähne des Unterkiefers hinüber, so daß sie von ihnen 1—3 mm bedeckt werden. Man bezeichnet dies kurz als Überbiß. Streng

genommen aber findet sich dieser Überbiß nicht nur bei den Frontzähnen, sondern in gleicher Weise bei den Backen- und Mahlzähnen, insofern als bei normaler Okklusion der mediale linguale Höcker des ersten oberen Molaren in die Querfissur des ersten unteren Molaren trifft. Jeder Zahn mit Ausnahme des oberen dritten Molaren und ersteren unteren Incisivus hat zwei Antagonisten. Dieses beruht darauf, daß die Zähne des Unterkiefers schmäler sind als die des Oberkiefers.

Durch Entwicklungsstörungen sind in dem gesamten Zahnsystem Veränderungen der mannigfaltigsten Art möglich, die in ihrer ganzen Fülle bei dem untersuchten Material auftreten, und die in dem Teil der speziellen Untersuchungen besprochen werden.

Ein weiteres Hauptaugenmerk ist bei den Untersuchungen zu richten auf den Zustand des Gaumens und des Oberkieferbeins. Beide bestehen ganz und gar aus Belegknochen. Der Oberkiefer entsteht aus 2 Paaren von Knochen, die auch späterhin noch getrennt sind. Dieses sind die beiden Oberkieferknochen im engeren Sinne und die ursprünglich auch paarigen, aber später verschmelzenden Zwischenkieferknochen (Praemaxillaria). Der Zwischenkiefer trägt die Schneidezähne und verwächst beim Menschen schon frühzeitig mit den beiden Oberkieferhälften in der sogenannten Sutura incisiva, deren in der Medialebene gelegener hinterster Punkt den Canalis incisivus (Goethei) bildet. Nach hinten geht das Os incisivum in den harten Gaumen über. Das knöcherne Gaumendach wird gebildet durch die Processus palatini der Oberkieferbeine und durch die Partes horizontales der Gaumenbeine. Die Wölbung des Gaumendaches in querer Richtung sowie die Höhe sind außerordentlich verschieden. Es sollen Beziehungen bestehen zwischen der Ausbildung der Zahnreihe und dem Processus alveolaris. Durch Entwicklungshemmungen können in diesem Gebiete die verschiedensten Mißbildungen entstehen. Am häufigsten sind die Lippen- und Gaumenspalten, die entweder nur die Lippen oder nur den Gaumen oder beide Teile gleichzeitig befallen können. Eine völlig ausgebildete Lippen- und Gaumenspalte verläuft ungefähr vom Rande des Filtrums, geht schräg durch den Alveolarfortsatz bis zum Foramen incisivum, verläuft im harten Gaumen dann median oder doch wenigstens fast median und weiter im weichen Gaumen bis zum Ende des Zäpfchens median. Diese Spalte kann einseitig und doppelt vorkommen, im letzteren Falle ist der Zwischenkiefer wie herausgesprengt und kann, da keine Verbindung mit dem

Oberkiefer besteht, leicht hin- und herbewegt werden. Je nachdem, in welcher Gegend sich die Spaltbildung befindet, spricht man von einer Hasenscharte, wenn die Lippe gespalten ist, während eine Spalte im harten Gaumen Palatoschisis, eine solche im weichen Gaumen Uranoschisis genannt wird. Naturgemäß kommen auch hier die mannigfaltigsten Verbindungen von Spaltbildungen vor, die sich zum Teil auch auf die Gesichtsspalten beziehen können.

In sämtlichen folgenden Statistiken, die über die speziellen Untersuchungsbefunde handeln, ist getrennt worden nach einzelnen Krankheitsgruppen in: Normale, Normale in Anstaltspflege, Psychopathen, Debile, Imbezille und Idioten (siehe S. 2, Abs. 3).

Tafel 3.

Bildungsanomalien der Zähne.

	Mittl. Schneidezähne			seitl. Schneidezähne		
	stark	lang	klein	stark	lang	klein
Normale 6	0	0	6	0	0
= 0,81%			= 0,81%		
Normale in Anstalten 0	0	0	0	0	0
Psychopathen 2	0	0	0	0	0
= 28,6%					
Debile 2	2	0	0	1	0
= 5,3%	= 5,3%			= 2,6%	
Imbezille 33	21	6	3	6	18
= 8,86%	= 5,6%	= 1,6%	= 0,8%	= 1,6%	= 4,8%
Idioten 36	21	2	4	0	10
= 12,88%	= 7,2%	= 0,69%	= 1,38%		= 3,44%
Schwachsinnige ... 71	44	8	7	7	28
insgesamt = 10,08%	= 6,64%	= 1,14%	= 0,99%	= 0,99%	= 3,99%

	Eckzähne groß	Eckzähne klein	Zapfenzähne	überzähl. Zähne	retinierte Fronts.	Zähne Prämol.
Normale 6	0	2	2	6	0
= 0,81%		= 0,27%	= 0,27%	= 0,81%	
Normale in Anstaltspflege 0	0	0	0	0	0
Psychopathen 0	0	0	0	0	0
Debile 0	0	0	0	0	0
Imbezille 5	5	11	2	28	3
= 1,33%	= 1,33%	= 2,93%	= 0,53%	= 7,47%	= 0,8%
Idioten 6	2	13	2	10	0
= 2,06 %	= 0,69	= 4,5%	= 0,69%	= 3,44%	
Schwachsinnige insgesamt	11	7	24	4	38	3
	= 1,56%	= 0,99%	= 3,41%	= 0,57 %	= 5,38%	= 0,43

	Persist. Milchzähne	Kerbe i. d. Schneidefl. d. Frontzähne	Allg. starke Abnutzung	Kanten der Frontzähne rund geschliffen
Normale	0	69 = 9,34%	0	2 = 0,27%
Normale in Anstaltspflege	0	3 = 23,1%	0	0
Psychopathen	0	4 = 57,1%	0	0
Debile	0	9 = 23,7%	0	8 = 21,05%
Imbezille	2 = 0,53%	105 = 27,0%	11 = 2,93%	34 = 9,0 %
Idioten	0	69 = 23,8%	6 = 2,06%	20 = 6,9 %
Schwachsinnige insgesamt	2 = 0,28%	183 = 25,99%	17 = 2,41%	62 = 8,81%

	Rachit. Hypoplasien	Längsriefel	Hutchinson-Zähne
Normale	68 = 9,2%	1 = 0,14%	2 = 0,27%
Normale in Anstaltspflege	1 = 7,7%	0	0
Psychopathen	0	0	0
Debile	0	0	0
Imbezille	54 = 14,4%	24 = 6,4%	2 = 0,54%
Idioten	22 = 7,6%	33 = 11,3	2 = 0,69%
Schwachsinnige insgesamt	76 = 10,8%	57 = 8,1%	4 = 0,57%

Sehr häufig fielen bei den Idioten wie den Imbezillen große, starke, teilweise auch lange, mittlere Schneidezähne auf, die im ausgesprochenen Mißverhältnis standen sowohl zu den mittleren Schneidezähnen des Unterkiefers wie auch zu den übrigen Zähnen des Oberkiefers, und die teilweise wegen ihrer großen Breite zu Okklusions- und Stellungsanomalien im Gebiete der Eckzähne oder Prämolaren führten. Beträchtlich große seitliche Schneidezähne wurden verhältnismäßig selten (0,99 %) beobachtet, viel häufiger sah man eine abnorme Kleinheit (3,99 %). In 4,5 % der Fälle wurden bei Idioten kleine Zapfenzähne festgestellt, die das Aussehen eines kleinen Kegels hatten und an die Zähne der Nagetiere erinnerten. Man ist sonst nur gewohnt, diese Zähne als überzählige Zähne in der Mittellinie zu finden. In diesem Falle waren es aber hauptsächlich seitliche Schneidezähne oder Eckzähne. Die Eckzähne neigten nur in seltenen Fällen zu abnormer Größe oder einer gewissen Kleinheit, die aber trotzdem stets die Form des Eck-

zahns wahrten. Überzählige Zähne wurden in dem gesamten Untersuchungsmaterial von 1463 Kindern in 6 Fällen gefunden, von denen 4 in das Gebiet der Schneidezähne fielen und 2 in das Gebiet der Prämolaren. In einem Falle war ein wohlausgebildeter Schneidezahn am harten Gaumen ungefähr 7,5 mm hinter der Zahnreihe zu finden. Einen überzähligen Zahn zwischen Eckzahn und ersten Prämolar fand ich in einem Fall; dieser hatte eine Übergangsform zwischen beiden, so daß nicht sicher festzustellen war, welcher Zahngruppe er angehörte.

Verhältnismäßig häufig war die Retention von Zähnen bei den Idioten und Imbezillen. (Nach *Moral* nennen wir einen Zahn dann retiniert, wenn er über die normale Durchbruchszeit hinaus im Kiefer oder unter der Schleimhaut zurückgehalten wird.) Die Diagnose des retinierten Zahnes mußte stets auf die Palpation gegründet werden, es war in den meisten Fällen möglich, eine Knochenauftreibung hoch oben am Oberkiefer festzustellen. Nur in einigen wenigen Fällen ließ diese Methode keinen einwandfreien Schluß zu. Auf eine sichere Diagnose mittels der Röntgendurchleuchtung mußte aus technischen Gründen verzichtet werden. Die Retention von Zähnen kann in allen Zahngruppen vorkommen, am häufigsten sind aber der Eckzahn, der seitliche Schneidezahn und der dritte Molar betroffen. In der vorliegenden Arbeit sind nur die ersten beiden Fälle sowie einige seltene Fälle von Retention der Prämolaren aufgezeichnet, da erfahrungsgemäß der Weisheitszahn sehr oft nicht zum Durchbruch kommt oder jedoch die Durchbruchszeit nach *Misch* eine sehr große Spanne zuläßt. Am häufigsten wurden obere Zähne betroffen, wie die nachstehende Statistik zeigt.

Retinierte Zähne.

	oben	unten
Mittlere Schneidezähne	1	0
Seitliche Schneidezähne	8	0
Eckzähne	28	1
Prämolaren	3	0
zusammen	40	1

Bei den Normalen waren nur Eckzähne retiniert.

Persistierende Zähne wurden nur in 2 Fällen bei Imbezillen gefunden. Im allgemeinen habe ich hier nur die beiden auffallendsten Fälle von Persistenz der Milchzähne aufgezeichnet, da man

immer wieder feststellen kann, daß gerade bei Imbezillen und Idioten der Zahndurchbruch verspätet eintritt.

Bei einem Kretin hat man beobachtet, daß noch im 3. Jahrzehnt Milchzähne persistierten, wie überhaupt die Persistenz bei Myxödem, Rachitis sowie auch Lues hereditaria am häufigsten vorkommen. In unserem Falle wurden zwei Imbezille im Alter von 11 und 12 Jahren betroffen, wo die mittleren Schneidezähne noch nicht zum Durchbruch gekommen waren. Von dauernder Persistenz kann man nur dann sprechen, wenn ein Milchzahn über die Zeit des normalen Durchbruchs des bleibenden Zahnes hinaus stehen bleibt und durch Caries zugrunde geht, ohne daß ein Ersatzzahn an seine Stelle getreten oder anderwärts durchgebrochen ist. Ein solcher persistierender Milchzahn kann auch in Ausnahmefällen durch eine bis jetzt noch nicht aufgeklärte Resorption seiner Wurzel später ausfallen. *Port-Euler* nehmen an, daß durch den Zahnwechsel so gewaltige Umwälzungen im Kiefer hervorgerufen werden, daß dadurch die Wurzeln dieser Milchzähne, bei denen die resorbierende Einwirkung des vordringenden Ersatzzahnes fehlt, auch mit resorbiert wird.

Durch die Arbeit des Kauens tritt eine mehr oder minder starke Abnutzung der Zähne ein. Je nach der Art der Nahrung, der Widerstandsfähigkeit der Zahnsubstanz, dem Druck der Kaumuskeln und der Zeit ist die Abnutzung verschieden. Gerade bei Imbezillen und Idioten ist der Prozentsatz der Abnutzung sehr groß (25,99 %), was zum Teil darauf zurückzuführen ist, daß die Zähne vielfach krampfhaft aufeinandergepreßt und dann Kaubewegungen gemacht werden. Diese starke Inanspruchnahme fördert die Abnutzung ungemein, die so weit gehen kann, daß von der Zahnkrone nichts mehr zu sehen ist und nur noch mit den Stümpfen der Zähne gearbeitet wird. Daß keine Pulpenerscheinungen auftreten, liegt in der Bildung von Paradentin. — Das Gegenteil der Abnutzung ist noch häufiger. Normalerweise befinden sich in den Schneideflächen der Incisivi zwei kleine Kerben. Diese verschwinden bei einer gleichmäßigen guten Inanspruchnahme des Gebisses. Bei 23,8 % der Idioten und 27 % der Imbezillen und ähnlichen Zahlen bei den übrigen Schwachsinnigen fand man diese Erscheinungen Jahre nach dem Durchbruch noch bestehen, die teils auf mangelhaften Gebrauch, teils wohl auch auf konstitutionelle Vorgänge im Bau der Zähne zurückzuführen ist. Bei Normalen fand man diese über die Zeit hinaus bestehende Einkerbung nur in 9,34 % der Fälle.

Häufig fiel bei den Schwachsinnigen eine starke Abnutzung

der Zähne an den Kanten auf. Man hatte fast den Eindruck, als handle es sich um eine Fraktur. Bei näherer Betrachtung ergab sich, daß diese Abschleifung oft sowohl bei den Schneidezähnen der rechten wie der linken Seite auftraten, und zwar ausnahmslos im Oberkiefer. Ob diese Erscheinung auf Rachitis oder auf Störungen der inneren Sekretion zurückzuführen ist, läßt sich nicht feststellen. Tatsache ist, daß sowohl Rachitis bei vielen der Kinder, die dieses Zeichen aufwiesen, vorhanden war als auch eine Thymusaplasie oder dergleichen des öfteren beobachtet wurde.

Längsriefel, d. h. Vertiefungen der sich bei Normalen an der labialen Fläche der Schneidezähne findenden seichten Längsfurchen fand ich bei Schwachsinnigen (8,10 %) häufiger als bei Normalen (0,14 %).

An Veränderungen im Zahnsystem treten in den Vordergrund die rachitischen Erscheinungen im Gebiete der Mundhöhle, und zwar zunächst Veränderungen in der Struktur des Zahnes. Es handelt sich meist, wenn man von rachitischen Zähnen spricht, um die sogenannte Erosion, die jetzt allgemein nach dem Vorschlage von *Zsigmondys* als Hypoplasie bezeichnet wird. Sie ist wohl die häufigste Erscheinung, die im Gebiß vorkommt. *Birkenthal* fand sie bei 85 % der von ihm untersuchten Rachitiker. — Die Hypoplasie ist eine schon vor dem Durchbruch entstandene Mißbildung des Zahnschmelzes. Nach der klassischen Schilderung *Neumanns* sei hier kurz folgendes angeführt: „Für das unbewaffnete Auge gibt sich die Hypoplasie als eine Unebenheit in der Oberfläche des Zahnes zu erkennen, anatomisch stellt sie einen Defekt der Schmelzschicht dar, selten ist der Schmelzmangel vollständig, häufiger ist nur eine mehr oder weniger starke Verdünnung der Schmelzschicht vorhanden.“ Mikroskopisch zeigt der Schmelz Veränderungen, die *Neumann* auf mangelhafte Verkalkung zurückführt. Auch das Zahnbein selbst zeigt Veränderungen, die auf Kalkarmut zurückzuführen sind. Die Erosionen finden sich an den gleichen Zahngruppen, ja überhaupt an fast allen Zähnen. Das läßt darauf schließen, daß es sich um eine Allgemeinerkrankung handelt und läßt Rückschlüsse zu auf die Zeit derselben. Je nach Dauer und Intensität der Erkrankung werden die Hypoplasien teils mehr oder weniger ausgeprägt sein. Wird die Verkalkung wieder normal, so tritt auch wieder die normale Struktur des Schmelzes ein. Die hypoplastischen Veränderungen im Zahnschmelz zeichnen genau die Stellen ab, wo gerade an dem betr. Zahn die Verkalkung voll-

zogen wurde. Wir finden sie also, wenn eine solche Störung im dritten Lebensjahre stattgefunden hat, beim I. und II. Incisivus, im ersten unteren Drittel. Beim Eckzahn ist gerade die Spitze erfaßt, die Prämolaren sind völlig frei, während die Linie am ersten Molaren bereits in der Mitte der Krone verläuft, um den zweiten und dritten Molaren wieder gänzlich zu verschonen. Während man allgemein annahm, daß diese Hypoplasien mit Rachitis in unmittelbarem Zusammenhang ständen, nimmt *Fleischmann* in neuerer Zeit den Standpunkt *Erdheims* an, daß die Hypoplasien des Schmelzes lediglich als Folgen der Tetanie bzw. als Folgen der die Tetanie bedingenden Umstände aufzufassen sind. *Erdheim* konnte nämlich nachweisen, daß nach Epithelkörperchen-Extirpation bei Ratten Störungen des Schmelzes auftraten, die völlig mit den hypoplastischen Veränderungen beim Menschen identisch waren. So führt *Fleischmann* diese Hypoplasien auf eine Funktionsstörung in den Epithelkörpern zurück. — Daß die Hypoplasien häufiger bei Schwachsinnigen gefunden werden, wie *Ganter* in seiner Arbeit über Degenerationszeichen angibt, davon konnte ich mich nicht überzeugen. Durchschnittlich schwankt insgesamt die Zahl um 10 % herum (Schwachsinnige 10,8 %, Normale 9,2 %). Somit scheint auch die Zahl bei *Ganter*: „Schüler 19,9 %, Epileptiker 16,2 %, Idioten 23 %" zu hoch zu sein, was bei dem kleinen Material von nur 77 Idioten, denn Geisteskranke kann man nicht immer als schwachsinnig im eigentlichen Sinne des Wortes bezeichnen, nicht verwunderlich ist.

*Hutchinson*sche Zähne wurden im ganzen sechs gefunden. Sie waren naturgemäß bei den Schwachsinnigen in höheren Prozentzahlen (0,57 %) vertreten, da ja auch die Heredität der Syphilis dort eine größere als bei den Normalen ist, Ob der Hutchinsonsche Zahn mit seiner Tonnenform und der halbmondförmigen Abschleifung der Kaufläche durchaus suspekt für Lues hereditaria ist, scheint noch recht zweifelhaft. *Neumann* fand unter 117 Kindern mit derartigen Schmelzdefekten nur einen einzigen Knaben mit einer wahrscheinlichen Erkrankung des Rückenmarkes, sowie zwei Geschwisterpaare, die an parenchymatöser Keratitis bzw. an Syphilis litten. Dem Sitz des Defektes nach konnte *Neumann* nur annehmen, daß die Krankheitsursache meist im ersten Lebensjahr einsetzend noch bis in das zweite Jahr fortzuwirken pflegt, während die floriden Zeichen der Erbsyphilis bereits früher abklingen.

Zu den Anomalien der Kieferbögen gehören
1. Stellungsfehler,
2. Bißfehler.

Wie eingangs ausgeführt wurde, bildet der Oberkiefer eine halbe Ellipse, während der Unterkiefer eine Parabel bildet. Mithin zeigen beide eine schöne Rundung. Durch Platzmangel oder nicht rechtzeitiges Entfernen der Milchzähne, Persistenz oder nicht genügende Absorption der Wurzel treten die mannigfaltigsten Stellungsfehler auf. Durch diese Raumverhältnisse wird zum Teil auch der Alveolarfortsatz betroffen, so daß teilweise Bißfehler aus Stellungsfehlern resultieren.

Tafel 4.

Stellungsfehler.

	Die oberen mittl. Schneidezähne bilden einen Winkel nach hinten	nach vorn	Die mittleren oberen Schneidezähne überragen sich in der Mittellinie
Normale	32 = 4,33%	4 = 0,54%	34 = 4,6%
Normale in Anstalten	1 = 7,7 %	0	1 = 7,7%
Psychopathen	0	0	1 = 14,3%
Debile	2 = 5,3 %	1 = 2,6 %	2 = 5,3%
Imbezille	20 = 5,3 %	11 = 2,93%	38 = 10,13%
Idioten	16 = 5,5 %	6 = 2,06%	16 = 5,5%
Schwachsinnige insgesamt	38 = 5,38%	18 = 2,56%	56 = 7,95%

	Die medial-labiale Kante des $\frac{2\|2}{2\|2}$ stehen vor $\frac{1\|1}{1\|1}$	hinter	Die medial-labiale Kante dss Eckzahnes steht vor dem seitl. Schneidezahn	hinter
Normale	11 = 1,49%	46 = 6,77%	14 = 1,89%	5 = 0,68%
Normale in Anstalten	1 = 7,7 %	1 = 7,7%	0	0
Psychopathen	3 = 42,8%	0	0	0
Debile	1 = 2,6 %	1 = 2,6%	1 = 2,6 %	0
Imbezille	31 = 8,9 %	55 = 14,66%	15 = 4,0 %	6 = 1,6 %
Idioten	15 = 5,2 %	29 = 10,1%	8 = 2,75%	8 = 2,75%
Schwachsinnige insgesamt	47 = 6,68%	85 = 12,07%	25 = 3,55%	14 = 1,99%

	Eck- u. Schneidezähne stehen nicht in der Alveole, sondern am Zahnfleisch	Eck- u. Schneidezähne stehen nicht in der Alveole, sondern palatinal od. lingual	Prämolaren stehen nicht in der Alveole, sondern am Zahnfleisch	Prämolaren stehen nicht in der Alveole, sondern palatinal od. lingual
Normale.....	32 = 4,32%	5 = 0,68%	2 = 0,27%	21 = 2,84%
Normale in Anstalten....	3 = 23,1 %	0	0	0
Psychopathen..	0	0	1 = 14,3%	0
Debile	4 = 10,5 %	0	0	0
Imbezille.....	30 = 8,0 %	7 = 1,86%	5 = 1,33%	8 = 2,2%
Idioten.....	17 = 5,89%	11 = 3,78%	1 = 0,34%	9 = 3,2%
Schwachsinnige insgesamt ...	51 = 7,24%	18 = 2,56%	6 = 0,86%	17 = 2,41%

	Um die Achse gedrehte Zähne Frontzähne	Um die Achse gedrehte Zähne Prämolaren	Eck- u. Schneidezähne stehen schräg n. vorn, seltener nach der Schneide zu divergier.	Frontzähne stehen gesperrt
Normale.....	7 = 0,95%	1 = 0,14%	4 = 0,54%	38 = 5,14%
Normale in Anstalten....	0	0	0	0
Psychopathen..	0	0	0	1 = 14,3 %
Debile	1 = 2,6%	0	1 = 2,6%	4 = 10,5 %
Imbezille.....	13 = 3,46%	7 = 1,86%	6 = 1,6%	56 = 14,9 %
Idioten.....	9 = 3,2%	0	5 = 1,72%	44 = 14,14%
Schwachsinnige insgesamt ...	23 = 3,27%	7 = 0,99%	12 = 1,7%	104 = 14,77%

	$\overline{3}$|—|$\overline{3}$ bilden eine gerade Linie	Einziehung des Mittelstücks des Unterkiefers	Verkippte Zähne Prämolaren	Verkippte Zähne Molaren
Normale.....	2 = 0,27%	40 = 5,4%	2 = 0,27%	1 = 0,14%
Normale in Anstalten....	1 = 7,7 %	0	0	0
Psychopathen..	1 = 14,3 %	1 = 14,3%	1 = 14,3%	0
Debile	0	2 = 5,3%	0	0
Imbezille.....	5 = 1,33%	29 = 7,73%	13 = 3,46%	22 = 5,86%
Idioten.....	6 = 2,06%	16 = 5,5%	6 = 2,06%	11 = 3,78%
Schwachsinnige insgesamt ...	11 = 1,56%	47 = 6,68%	19 = 2,7%	33 = 4,69%

Ein häufiger Stellungsfehler ist die Bildung eines nach hinten, seltener nach vorn offenen Winkels in der Mittellinie zwischen den beiden großen Schneidezähnen. Ein großer Unterschied zwischen Schwachsinnigen und Normalen besteht jedoch m. E. nicht. Ebenso überragen sich an der gleichen Stelle beide Zähne häufig. Dieses braucht nicht allein durch Platzmangel bedingt zu sein, sondern kann auch in einem übermäßig stark ausgebildeten Frenulum seinen Grund haben.

Am häufigsten sind Stellungsanomalien zwischen dem seitlichen Schneidezahn und dem mittleren Schneidezahn einerseits und dem Eckzahn andererseits. — Eine andere Veränderung in der Zahnstellung ist gegeben durch die Insertion des Zahnes am Zahnfleisch oder am Palatum durum oder an der Innenseite des Unterkiefers sowie am Mundboden. Wir haben es in diesen Fällen zum größten Teil wohl mit einer Verlagerung des Zahnkeimes zu tun. Im Oberkiefer finden wir diese Veränderungen häufiger als im Unterkiefer. Die Frontzähne sind mehr betroffen als die Prämolaren, in deren Gebiet wir mehrfach eine Verkippung lingualwärts über die Norm hinaus antreffen. Drehungen der Zähne in der Alveole sind durchschnittlich in 3 % bei Schwachsinnigen, in 1 % bei Normalen beobachtet. Auch schräge Einpflanzung der einzelnen Frontzähne, so daß sie nach der Seite hin divergieren, kommt vor. Ebenso findet man Veränderungen, die mehr oder weniger durch Rachitis und die dadurch bedingte Weichheit der Knochen bedingt sind, so die eckige Abknickung des Unterkiefers. Auch die Stellung, in der die Frontzähne des Unterkiefers eine gerade Linie bilden, gehört hierher. — Ein Mißverhältnis zwischen Breite des Kiefers und Größe der Zähne bedingt eine gesperrte Stellung. Diese Diastase hat als Degenerationszeichen kaum eine Bedeutung und ist wohl mehr als sekundäre Veränderung anzusehen, welche sich herleitet aus Veränderungen der Kiefer sowie der Bildung der Zähne. Eine Fehlerquelle ist hier insofern gegeben, als bei vielen, fast bei allen untersuchten Individuen die Entwicklung noch nicht abgeschlossen war und diese Sperrstellung nur eine Übergangserscheinung sein kann.

Wichtiger und ins Auge fallender sind die Veränderungen von Gaumen und Kiefer. Durch Rachitis bedingt, findet man des öfteren seitlich kontrahierte Kiefer, die dem Wangendruck nicht standhielten und sich an den Seiten nach innen einbogen. Eine schnabelförmige Verlängerung des Oberkiefers, der die Zahnreihen in der Mitte fast im spitzen Winkel zusammenstoßen läßt,

ist häufig. Diese Veränderung wird verhältnismäßig öfter bei Schwachsinnigen und auch in ausgeprägterem Maße gefunden als bei Normalen. Die Rachitis soll ja auch nach *Weygandt* in der Hälfte aller Fälle die Idiotie bedingen. Nach *Ziehen* sind 8 % der Fälle von Imbezillität durch Rachitis hervorgerufen. *Loose* glaubt in 19 % der Fälle von Idiotie die Ursache in der Rachitis suchen zu müssen, so ist auch das häufige Vorkommen somatisch rachitischer Veränderungen bei Schwachsinnigen bedingt.

Tafel 5.

Kieferanomalien.

	Alveolarfortsatz des Oberkiefers			Alveolarfortsatz des Unterkiefers			Verschiebung der Mittell.	
	schmal	breit	spitz	schmal	breit	spitz	nach rechts	nach links
Normale.....	4	1	24	18	0	5	4	0
	=	=	=	=		=	=	
	0,54%	0,14%	3,2%	2,43%		0,68%	0,54%	
Normale in Anstalten.	0	0	2	0	0	1	0	0
			=			=		
			15,9%			7,7%		
Psychopath.	0	0	1	1	0	0	1	0
			=	=			=	
			14,3%	14,3%			14,3	
Debile	0	0	3	2	0	0	0	0
			=	=				
			7,9%	5,3%				
Imbezille ..	2	1	30	9	2	3	4	11
	=	=	=	=	=	=	=	=
	0,53%	0,26%	8,0%	2,4%	0,53%	0,8%	1,07%	2,93%
Idioten....	0	1	13	4	1	2	5	2
		=	=	=	=	=	=	=
		0,34%	4,5%	1,4%	0,34%	0,69%	1,72%	0,69
Schwachsinnige insgesamt	2	2	46	15	3	5	9	13
	=	=	=	=	=	=	=	=
	0,28%	0,28%	6,53%	2,13%	0,43%	0,71%	1,28%	1,85%

Auf die Kieferanomalien als solche wurde im vorigen Abschnitt schon eingegangen. In einigen Fällen war die ganze Zahnreihe nach rechts oder links verschoben, so daß die zwischen den beiden Eckzähnen verlaufende transversale Linie einen mehr nach vorn oder hinten schiefen Verlauf nahm. Hier kann wohl nur eine Verlagerung

der Keimsäckchen, wie das ja auch von anderen Gewebsarten her bekannt ist, in Betracht kommen, zumal, da der Kiefer selbst nichts Abnormes zeigte. Man hat diese Erscheinung auch mit rachitischen Veränderungen zu erklären versucht, was sich jedoch nicht verallgemeinern läßt.

Der Gaumen spielt in der Lehre von den Degenerationszeichen eine große Rolle, so der schmale, hohe, spitze auf der einen Seite und der abnorm flache und breite auf der andern Seite.

Tafel 6.

Gaumen.

	Gaumen schmal, hoch od. steil, od. Kombinationen davon	Gaumen flach od. breit od. Kombin. davon	Gaumenspalte	Torus palatinus	Gespalt. Uvula
Normale....197	= 26,66%	26 = 3,52%	0	8 = 1,08%	0
Normale in Anstalten..3	= 23,1%	1 = 7,7%	0	0	0
Psychopathen 4	= 57,1%	0	0	0	0
Debile 6	= 15,8%	4 = 10,5%	0	0	0
Imbezille	143	31	2	7	0
	= 37,85%	= 8,11%	= 0,53%	= 1,8%	
Idioten	73	19	1	11	2
	= 25,11%	= 6,64%	= 0,34%	= 3,78%	= 0,69%
Schwachsinnige insgesamt ..	222	54	3	18	2
	= 31,53%	= 7,67%	= 0,43%	= 2,56%	= 0,26%

Die Zahlen dieser Veränderungen sind sowohl bei Schwachsinnigen wie bei Normalen ziemlich groß (Normale 26,66 %, Schwachsinnige 31,53 %.) Eine Mehrbelastung der Idioten und Imbezillen konnte somit nicht festgestellt werden. Bei den normalen Kindern mit hohem, steilem Gaumen fand man jedoch in vielen Fällen eine mindere Begabung; zum Teil waren sie in unteren Volksschulklassen sitzen geblieben, zum Teil zeigten sie schweres Auffassungsvermögen und dergleichen. Andere, aber verhältnismäßig wenige, waren wieder sehr gut im Schulunterricht, was die Möglichkeit einer Abnormität ja nicht ausschließt. Diese Mitteilung läßt aber nun durchaus nicht den Schluß zu, daß ein steiler, hoher Gaumen oder ein breiter und flacher unbedingt eine Behinderung der intellektuellen Fähigkeiten

mit sich bringe, denn, wäre das der Fall, so müßte man in Umkehrung der Gleichung bei Schwachsinnigen viel häufiger derartige Vorgänge finden.

Der Torus palatinus ist ein median gelagerter Längswulst von mehr oder weniger erheblicher Länge, Breite und Höhe. Er kommt nach *Stieda* an den Schädeln aller Völker in verschiedener Häufigkeit vor. Am häufigsten scheint er bei Peruanern und Ainos zu sein, am seltensten bei den Negern. *Waldeyer* fand den Torus palatinus fast regelmäßig bei Lappenschädeln. Auch bei den Liven soll er häufig vorkommen. Bei den untersuchten Idioten trat er in 3,78 % der Fälle auf, bei Schülern nur in 1,08 %. Die Befunde *Ganters* mit 16 % bei Idioten der Anstalt Wormditt in Westfalen dürften ein Zufallsergebnis sein.

Gaumenspalten fand ich bei Imbezillen zweimal eine Hasenscharte (Labium fissum) und bei Idioten einen Wolfsrachen (Palato-Urano-Schisis). In zwei Fällen von Idiotie war die Uvula gespalten.

Einen breiten Raum in der Untersuchung und insbesondere in der Aufstellung eines Verhältnisses von Veränderungen im Bereiche des Mundes nehmen die Bißfehler ein. *Henneberg* (Stadtschularzt zu Magdeburg) schreibt in seiner Arbeit über die dortigen Hilfschulen: „Auffallend oft fanden sich abnorme Bildungen des Oberkiefers und des Gaumens, die in vielen Fällen rachitischen Ursprungs sein dürften. Vor allen fiel uns der häufige, vorstehende Oberkiefer auf, wodurch öfter bewirkt wurde, daß bei dem betr. Kinde die großen mittleren Schneidezähne — ähnlich wie beim Nagetier — auch bei gewöhnlicher Mundhaltung sichtbar waren. Dem gegenüber wurde der vorstehende Unterkiefer bedeutend weniger beobachtet. Durch die erwähnten Kieferverbildungen wurde bei 61 Kindern die Erscheinung des offenen Bisses verursacht, und sicherlich auch manche Sprachstörung bedingt. Untersucht wurden von ihm ca. 430 Kinder, von diesen hatten:

vorstehenden Oberkiefer	106 = 23 %
vorstehenden Unterkiefer	11
offenen Biß	61
Wolfsrachen oder Hasenscharte	1
unregelmäßige Stellung der Zähne	152
schlechtes Gebiß (mehr als 4 Zähne cariös)	220.

Ähnliche Untersuchungen stellte *Mönkemöller*-Hildesheim an. Er fand in drei Untersuchungsgruppen:

	1909	1912	1913
Zahl der Untersuchungen	589	103	53
Zahnlücken	23	7	7
defekte Zähne	138	13	10
geriefte Zähne	31	9	7
Stiftzähne	4	2	1
unregelmäßige Stellung	45	18	9
Hutchinsonsche Zähne	2	2	1
Prognathie	17	12	4
Progenie	7	2	2

Seine Untersuchungen erstrecken sich auf die Fürsorgezöglinge in den Anstalten der Provinz Hannover. Bei den 1913 Untersuchten ist noch zu bemerken, daß es sich in erster Linie um Sprößlinge von Alkoholikern handelte.

Ganter fand folgende Zahlen:

	Zähne aufbeißend	Zähne des Oberkiefers überbeißend	Zähne des Unterkiefers überbeißend
Schüler	45 = 6,0%	5 = 0,6%	4 = 0,5%
Epileptiker	8 = 3,1%	9 = 3,4%	7 = 2,7%
Idioten	4 = 4%	7 = 7,0%	1 = 1,0%

Wo irgendwelche Störungen in der Stellung einzelner Zähne sind, muß es naturgemäß zu Veränderungen in der Okklusion kommen. Aber nicht nur die Stellung der Zähne spielt hier eine Rolle, sondern gerade gewisse Formen der Idiotie sind prädisponiert für Bißfehler, so die Mikrozephalie und der Mongolismus.

Ludwig Meyer spricht von progeneen Schädeln. Er versteht darunter eine eigentümliche Stellung des Unterkiefers, welche es herbeiführt, daß auch in der Ruhelage die Unterkieferzähne vor denen des Oberkiefers stehen. Beim Vorwärtsbeugen des Kopfes wird bei diesen Individuen das Ligamentum nuchae fühlbar. Das Caput prognatum stellt das Gegenteil der progeneen Schädelbildung dar. Hier springen die Oberkieferzähne so weit vor, daß die Norm (2—3 mm) des Überbisses überschritten wird. Das Gesicht erhält dadurch etwas Vogelartiges. Gelegentlich, aber sehr selten, findet man Mischungen beider Deformitäten, so daß auf der einen Seite eine Prognathie, auf der andern eine Progenie besteht. Während der Zeit der Milchzähne ist die Abnormität oft noch nicht genügend ausgebildet und entwickelt sich erst nach der zweiten Dentition. Wie in den erwähnten Fällen organisch bedingt, so kann eine Prognathie auch durch langdauernde Einwirkungen entstehen, z. B. durch Daumenlutschen, wo dann die für die sogenannte „Lutscher-

prognathie" typische Stellung der Schneidezähne (schräg nach vorn) gefunden wird.

Prognathie und Progenie sind Bißfehler in der Längsrichtung. Hierzu gehört noch der Kopfbiß. Bei diesem steht der Unterkiefer auch zu weit nach vorn, so daß die Zähne des Oberkiefers nicht mehr überbeißen können, sondern auf die Schneiden der Frontzähne des Unterkiefers aufbeißen.

Als zweite Gruppe der Bißfehler ist der in senkrechter Richtung zu erwähnen. Man nennt ihn den offenen Biß, bei dem kein Schluß der beiden Zahnreihen eintritt, sondern mehr oder minder große Lücken zwischen ihnen gefunden werden.

Die dritte Gruppe stellt Fehler in der seitlichen Richtung in Gestalt des Kreuzbisses dar; bei ihm kreuzen sich die Zahnreihen ein- oder zweimal.

Tafel 7.

Bißfehler.

	Prognathie	Progenie	offener Biß	Kopfbiß	Kreuzbiß
Normale	29 = 3,9 %	3 = 0,4%	6 = 0,81%	5 = 0,68%	4 = 0,54%
Normale in Anstalten	1 = 7,7%	0	0	0	0
Psychopathen	2=28,6%	0	0	0	0
Debile	4 = 10,5 %	1 = 2,6%	2 = 5,3%	5 = 13,2%	0
Imbezille	53 = 14,1%	10 = 2,6%	16 = 4,3%	23 = 6,13%	2 = 0,53%
Idioten	38 = 13,7 %	16 = 5,5%	5 = 1,72%	6 = 2,06%	2 = 0,69%
Schwachsinnige insgesamt ...	95 = 10,65%	27 = 3,84%	23 = 3,27%	34 = 4,83%	4 = 0,57%

Aus der Statistik ist ersichtlich, daß tatsächlich bei Idioten und Imbezillen eine große Frequenz der Bißfehler, namentlich der Prognathie, zu verzeichnen ist (14,1 % und 13,7 % gegen 3,9 % bei Normalen). Auch die Progenie ist häufig, ebenso wie ihre Abart, der Kopfbiß, in höheren Zahlen bei Schwachsinnigen als bei Normalen vorkommt. In fast gleich vielen Fällen wurde der Kreuzbiß beobachtet.

Im folgenden möge noch ein Statistik über die Beteiligung der

besondern Formen der Idiotie und Imbezillität, die Mikrozephalie, den Mongolismus und die Hydrozephalie angeführt sein.

	Anzahl	Gaumen hoch schmal steil	Gaumen flach breit	Kopf-biß	offener Biß	Progenat.	Progen.	Stell.-Anom.	Torus palat.	Uvula bifida
Mongolismus ..	14	5	0	1	0	2	2	2	0	0
Mikrozephalie .	23	9	0	1	0	3	1	2	2	1
Hydrozephalie .	7	0	0	0	1	1	0	0	0	0

Bei Mikrozephalie und Mongolismus findet man die Veränderungen in gleichen Prozentzahlen. Eine Mehrbelastung der einen gegenüber den anderen ist nicht festzustellen. Das kleine Material langt jedoch für endgültige Schlüsse bei weitem nicht aus. Auch sind gerade in den Fällen von Mongolismus und Mikrozephalie die Angaben und Untersuchungsbefunde der einzelnen Anstalten nicht einheitlich.

Während von den verschiedensten Autoren bei Idioten ein hoher, steiler Gaumen beschrieben wird, was wohl auch der Fall sein dürfte, stellen andere, z. B. *Fausch*, dies in Abrede und bringen die schweren Erscheinungen gerade mit besonders flachem Gaumen in Verbindung.

Bei den Untersuchungen wurde auch auf die Caries-Häufigkeit geachtet.

Tafel 8.

Caries.

(Bezogen auf die Zahl der Zähne.)

	Zahl der Milchzähne	davon kariös	Zahl der bleibenden Zähne	davon kariös	von Caries freie Gebisse
Normale	3904	429 = 10,99 %	13518	1172 = 8,67%	327 = 44,25%
Normale in Anstalten	54	4 = 7,41%	279	13 = 4,66%	
Psychopathen .	37	4 = 10,81%	141	16 = 11,38 %	
Debile	104	16 = 15,38%	672	82 = 12,2%	206 = 28,25%
Imbezille	963	97 = 10,07%	7425	903 = 12,16%	
Idioten	1677	89 = 5,31%	4425	485 = 10,96%	

Es wurden also untersucht bei Schwachsinnigen 2835 Milchzähne, von denen 210 = 7,41 % kariös waren, 12 942 bleibende

Zähne, von denen 4499 = 11,58 % der Caries anheimgefallen waren. Die vergleichenden Zahlen der Normalen sind in der Tabelle selbst enthalten.

Die Zahnkaries ist eine Krankheit, die gerade in der Mundhöhle, einem Organ, in dem es sozusagen von Bakterien wimmelt, wo sich Gärungsvorgänge abspielen, ihren Sitz hat und daher eine große Ausbreitung in derselben erfahren kann. Sie ist ein chemisch-parasitärer Vorgang (*Miller*). Man unterscheidet zwei Stadien, erstens das der Entkalkung oder Erweichung und zweitens das der Auflösung. Nach der Entkalkung haben die Bakterien, es sind in der Hauptsache Spirochäten, unbeschränkte Wirkungsmöglichkeit und führen bald den Verfall herbei. Prädilektionsstellen sind die Fissuren der Molaren und ganz besonders Hypoplasien rachitischer Zähne. — Die Kariesziffern sind im allgemeinen klein. — Eine gute Zahnpflege hat dieses große Übel mit verringern helfen. Sind doch völlig frei von Karies bei sämtlichen Schwachsinnigen zusammengenommen 28,25 % und bei den Normalen 44,25 %! — In Langenhagen wird eine gute Zahnpflege mit Bürste und Wasser durchgeführt. In Lewenberg ist dies noch nicht eingeführt. Die Rostocker Schulkinder unterstehen sämtlich dem Stadtschularzt, sodaß die Sanierung fast überall durchgeführt ist.

Eine Frage, die nicht nur für den Zahnarzt von Interesse ist, sondern auch, ich möchte fast sagen, kulturpolitisch lehrreich ist, stellte ich in der Seminarschule Neukloster. Ich fragte die Kinder: wieviele der Kinder selbst eine Zahnbürste besäßen und wieviele täglich damit die Zähne bürsteten, die übrigen: wann sie dieses täten. Das Resultat war folgendes: von 155 befragten Kindern besaßen 79 keine Zahnbürste, von den übrigen 76 Kindern putzten täglich 28, jeden Sonntag oder Sonnabend 31, ab und an, aber nicht jede Woche, 17. Die Mädchen waren im Putzen eifriger und verfügten auch in höherer Anzahl über eine Zahnbürste. Ein kariöses Gebiß bildet die Eingangspforte für viele Erkrankungen. Ganz besonders für Infektionskrankheiten bilden kariöse Herde im Munde günstige Nährböden. Auch das Eindringen von Tuberkelbazillen wird nach *Partsch*, *Westendörffer* und *Michel* durch kariöse Herde begünstigt.

Als Nebenbefunde fand ich eine ausgesprochene Dentitio tarda in einem Falle bei Idioten = 0,34 % und in zwei Fällen bei Imbezillen = 0,53 %. Voluminöse Zungen konnte ich bei Idioten 8 mal = 2,75 %, bei Imbezillen 8 mal = 2,2 % feststellen.

Inwieweit hier innersekretorische Störungen, besonders der Hypophyse, vorhanden sind, konnte nur in zwei Fällen von Akromegalie festgestellt werden.

Ich nehme die in der Einleitung gestellten Fragen wieder auf und komme zusammenfassend zu ihrer Beantwortung.

Der Schwachsinn, besonders aber die Idiotie, sowie Imbezillität, bieten sowohl psychisch wie somatisch die mannigfachsten Hemmungserscheinungen. Durch den ganzen Bau des Schädels ist bei ihnen (hierher gehören die Mikro- und Hydrozephalie und der Mongolismus) eine gewisse Häufigkeit des Auftretens der Prognathie und Progenie gegeben. Retinierte Zähne und allgemein rachitische Erscheinungen findet man bei ihnen häufiger als bei Normalen. Während ein Teil der Schwachsinnigen durch sehr schlechte, durch Mümmeln stark abgenutzte Zähne auffällt, verfügt ein anderer Teil über große, breite, tadellos erhaltene Zähne, die im Vergleich zur Umgebung sofort als anormal angesprochen werden müssen. Zapfenzähne waren bei Idioten häufig. Von Stellungsanomalien gilt dasselbe wie von den schon erwähnten Bißfehlern. Veränderungen im Gaumen fanden sich bei Normalen wie bei Schwachsinnigen in gleicher Menge. An Mißbildungen bieten die Idioten mit dem bei ihnen in 3,78 % gefundenen Torus palatinus allerlei Interessantes. Die Karieshäufigkeit war bei den Schwachsinnigen, besonders bei den Imbezillen und Idioten prozentual größer als bei den Normalen. Eine mangelhafte Zahnpflege und die teilweise Unmöglichkeit der Sanierung ist zum großen Teil hierfür verantwortlich zu machen.

Von all den erwähnten Zeichen, seien es Mißbildungen im Gaumen, seien es Stellungsanomalien, seien es Bißfehler oder Bildungsanomalien der Zähne, ist m. E. keines diagnostisch verwertbar. Weder ein hoher noch ein flacher Gaumen bedingt einen Schwachsinn. Früher freilich huldigte man dieser rein physikalischen Theorie, daß durch den Druck des Gaumens auf das Cerebrum der Schwachsinn hervorgerufen würde. Heute hat man diese Ansicht längst verlassen und vertritt jetzt den Standpunkt, daß diesen Veränderungen, wie überhaupt sämtlichen Degenerationszeichen, keinerlei diagnostische Bedeutung zukommt. Sie sind höchstens ein interessanter Nebenbefund. Bei geistig Minderwertigen treten sie gehäuft auf, und so bieten die Idiotenanstalten wie auch Fürsorgeerziehungsheime, Zuchthäuser und Gefängnisse eine Fülle von Material für diese Veränderungen. Bei vergleichenden Untersuchungen

von Schwachsinnigen und Normalen wird man alle Übergänge vom Normalen bis zum ausgesprochen Pathologischen finden; völlig anatomisch-normales aber nie oder doch nur in sehr seltenen Fällen.

Literaturverzeichnis.

1. *Rauber-Kopsch*, Lehrbuch der Anatomie. 1920.
2. *Fischer, Guido*, Die Zähne (im Handbuch der allg. Pathologie und pathologischen Anatomie des Kindesalters. Brüning & Schwalbe. 1913).
3. *Moral, Hans*, Einführung in die Klinik der Mund- und Zahnkrankheiten. 1920.
4. *Misch*, Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde. 1922.
5. *Preiswerk*, Zahnheilkunde. 1919.
6. *Ganter*, Über Degenerationszeichen bei Gesunden, Geisteskranken, Epileptikern und Idioten (Allg. Ztschr. f. Psych. 1913).
7. *Mönkemöller*, Bericht über die psychiatrisch-neurologischen Untersuchungen der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge im Stephans-Stift Hannover (Ztschr. f. Erf. u. Behandlg. des jugendl. Schwachsinns, II. Band S. 7. 1913).
8. *Derselbe*, daselbst S. 387.
9. *Derselbe*, Psychiatrisch-neurologische Untersuchungen der in den Anstalten der Provinz Hannover untergebrachten schulpflichtigen Zöglinge (Ztschr. f. Erf. u. Behandlg. des jugendl. Schwachsinns IV. Band S. 121. 1911).
10. *Weygandt*, Handbuch der Psychiatrie, Abt.: Idiotie und Imbezillität.
11. *Ziehen*, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. 1915.
12. *Bruns-Cramer-Ziehen*, Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter. 1912.
13. *Michaelis*, Kompendium der Entwicklungsgeschichte. 1919.
14. *Fleischmann*, Ursachen der Schmelzhypoplasien (Österr.-Ung. Vierteljahrsschr. für Zahnheilkunde XXV. Heft IV. 1909).

Osteomalazie und Psychose[1]).

Von

Dr. Hermann Gundert, Assistent der Klinik.

Von psychiatrischer und anderer Seite wird seit mehr als sechs Jahrzehnten immer wieder auf die Häufigkeit der Koinzidenz von Osteomalazie und Geisteskrankheit hingewiesen und ihr ein Grad zugesprochen, der diese Koinzidenz nicht nur als zufällig erscheinen läßt. Was die Art der Psychose betrifft, bei der die Osteomalazie häufig sei, so entscheiden sich fast alle neueren Autoren dafür, daß die Schizophrenie in hervorragendem Maße, wenn nicht sogar ausschließlich zur Kombination mit Osteomalazie neige (*Barbo*, *Haberkant*, *v. d. Scheer*, *Schlesinger*). Die umfangreiche kasuistische Zusammenstellung *v. d. Scheers* zeigt osteomalazische Erkrankungen allerdings auch bei dementen Epileptikern und seniler Demenz. Dabei ist zu beachten, daß diese beiden Krankheitsgruppen unter den dauernden Anstaltsinsassen an sich seltener vertreten sind, da es im Wesen dieser Krankheiten liegt, daß ihre Träger vergleichsweise nicht so lange anstaltsbedürftig sind wie die Dementia praecox-Kranken. Zur Vorsicht bei der Auswertung der Statistik mahnt auch die Tatsache, daß die Dementia praecox nicht überall in gleicher Weise diagnostiziert wird, daß insbesondere die Fälle der älteren Literatur infolge der anderen Nomenklatur nur mit Kritik verwendet werden können. Wenn sich hier z. B. Bezeichnungen finden, wie „Melancholie mit konsekutiver Verrücktheit" oder „periodische Manie mit Ausgang in Verblödung", so besteht kein Zweifel daran, daß man hier heute die Diagnose Schizophrenie stellen würde. In ähnlicher Weise ist die Diagnose der Osteomalazie in den älteren Publikationen nicht immer zweifelsfrei, worauf besonders *v. d. Scheer* hinwies, ganz abgesehen davon, daß die Osteomalazie wohl nicht selten, ohne überhaupt diagnostiziert zu sein, ihren Ablauf nimmt. Auch bei Diagnosen-

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik Heidelberg.

stellung nach einheitlichen Gesichtspunkten kann der Einwand erhoben werden, daß ja weder die Dementia praecox noch die Osteomalazie eine pathogenetische Krankheitseinheit sei. Was die Dementia praecox betrifft, so bietet sie in dieser Hinsicht die kleineren Schwierigkeiten. In der sogenannten Gruppe der Schizophrenien steckt doch wohl ein pathogenetisch einheitlicher Kern, auch wenn der klinische Kreis der Schizophrenie zur Zeit noch nicht ganz scharf abgegrenzt erscheint und einzelne Krankheitsbilder, die ihm jetzt noch angegliedert werden, späterhin von ihm abgetrennt werden dürften. Wie *Wilmanns* ausführt, spricht für die pathogenetische Einheit der Schizophrenie insbesondere die Heredität, d. h. die Tatsache, daß im schizophrenen Erbgang bald diese bald jene Form der als „schizophren" zusammengefaßten Symptomenbilder in wechselnder Weise zutage treten. *Kleists* Einwand, der auf die Möglichkeit einer Lokalisation in verschiedenartigen zerebralen Systemen für die verschiedenen Formen der Schizophrenie hinweist und daraus einen Wesensunterschied der einzelnen Symptomenkomplexe ableitet, wird durch die Tatsache der gemischten Erblichkeit entkräftet. So wie die Paralyse trotz ihrer mannigfaltigen Symptomatik und der entsprechend verschiedenartigen Lokalisation keinen Zweifel an der Einheit der Ätiologie aufkommen läßt, spricht auch bei der Schizophrenie weder die Formenfülle der Symptome noch die Lokalisation einzelner Syndrome in verschiedenen Hirnsystemen gegen eine einheitliche Noxe der Schizophrenie.

Für die Osteomalazie ist eine pathogenetische Einheit wesentlich problematischer. Sie kann offenbar durch sehr verschiedenartige ätiologische Faktoren veranlaßt sein. Die häufigsten Fälle von Osteomalazie sind die der Gravidität und des Puerperiums. Demnächst sind häufig Fälle von seniler Osteomalazie beschrieben, welche allerdings, wie noch zu erörtern, diagnostisch nicht immer zweifelsfrei sind. An dritter Stelle, was die Häufigkeit betrifft, stehen die Fälle von Osteomalazie in Kombination mit Geisteskrankheit. Wenn nun der pathogenetische Zusammenhang zwischen Osteomalazie und Psychose untersucht werden soll, so müssen die Fälle mit puerperaler und seniler Genese beiseite gelassen werden.

Unter diesem Gesichtspunkt scheiden natürlich manche Fälle der bisher über unseren Gegenstand veröffentlichten Literatur aus, und das publizierte Material erfährt eine weitere Einschränkung, wenn wir den Begriff „Osteomalazie" mit der nötigen Schärfe definieren. Wir schließen uns hierbei *v. d. Scheer* an. Es handelt sich

bei unserer Frage weder um die lediglich durch regressive Merkmale charakterisierte Osteoporose, noch um die durch Inaktivität und Marasmus bei alten Anstaltsinsassen erzeugte Atrophie und Brüchigkeit der Knochen (*E. Meyer*). Auch müssen Fälle wie der von *Laehr* veröffentlichte, dessen Obduktion ein Rundzellensarkom der Schädelbasis ergab, außer Betracht bleiben. Es ist vielmehr für die Diagnose Osteomalazie eine produktive, entzündungsähnliche (s. u.) Störung des Knochenstoffwechsels, die Bildung kalkloser, osteoider Säume maßgebend. Diesem anatomischen Verhalten entspricht die Schmerzhaftigkeit und Biegsamkeit der Knochen im klinischen Bilde der Osteomalazie, während die Osteoporose sowohl wie die marantische Knochenatrophie — von Frakturen abgesehen — schmerzlos verläuft, nur zu erhöhter Brüchigkeit führt, eine eigentliche Elastizitätsvermehrung dagegen vermissen läßt.

Unsere Untersuchung beschäftigt sich nun mit der Frage, wie die echte Osteomalazie, die weder in den Generationsvorgängen des Weibes noch in dem senil alterierten Stoffwechsel eine einleuchtende Ätiologie findet, sich zu der Schizophrenie verhält, ob möglicherweise in dem Kreise der Osteomalazie bewirkenden Faktoren eine Lücke bleibt, die mit einiger Regelmäßigkeit durch die schizophrene Erkrankung ausgefüllt wird. Es gehört ja zweifellos eine Reihe von Faktoren (freilich vorläufig problematischer Natur, wie etwa innersekretorische Disharmonie) zum Zustandekommen jeder osteomalazischen Erkrankung und es ist noch ganz undurchsichtig, wie die Bedeutung der einzelnen Faktoren zu veranschlagen ist und welche davon conditio sine qua non sind. Von der schizophrenen Störung ist nicht anzunehmen, daß sie conditio sine qua non sei, aber sie könnte doch bei gegebenen sonstigen Voraussetzungen als letzter erforderlicher Faktor die Knochenerkrankung manifest machen. Wie erwähnt, liegt eine beträchtliche Literatur über unseren Gegenstand vor, über die zunächst ein kurzer Überblick gegeben werden soll. Da die Fragestellung der meisten Autoren weiter gefaßt ist oder in andere Richtung tendiert als die unsere, so ist nur eine elektive und vorsichtige Verwendung der Literatur möglich. An erster Stelle führen wir statistische Angaben von irrenärztlicher Seite an. *v. Wagner-Jauregg* berichtet, daß im Wiener allgemeinen Krankenhaus — wo die Osteomalaziefälle um ihrer selbst willen Aufnahme finden — die osteomalazischen 0,1 pro Mille des Krankenmaterials ausmachen, während in der psychiatrischen Klinik die Häufigkeit der Osteomalazie 4 pro Mille des Bestandes ausmache.

Er erwähnt die auffallende Übereinstimmung der psychischen Krankheitsform bei den Osteomalaziefällen und berichtet von 5 osteomalazischen, die sämtlich an Dementia praecox litten. Unter 15 weiblichen Kranken *Bleulers* waren 10 Dementia praecox-Kranke, der Rest Fälle von Imbezillität oder Idiotie. Die Diagnose Osteomalazie ist bei *Bleulers* Fällen angesichts der Flüchtigkeit der Symptome und bei mangelnder anatomischer Bestätigung nicht zweifelsfrei; möglicherweise handelt es sich in einem Teil dieser Erkrankungen um senile Osteopathien. *Haberkant* publiziert zwei Fälle von nicht puerperaler Osteomalazie bei schizophrenen Frauen; bei beiden hatte die Psychose puerperal bzw. in der Gravidität begonnen, die Osteomalazie brach aber erst viele Jahre später aus. Bei *Barbos* Fällen handelt es sich ebenfalls um 4 Dementia praecox-Kranke, sämtlich Frauen, die nicht geboren hatten, 2 erkrankten im mittleren, 2 im höheren Alter (nach 60 Jahren) an Osteomalazie. *Kleve-Nebenius* teilt 15 nicht puerperale Osteomalaziefälle mit, von denen 8 durch die Sektion bestätigt wurden und die sämtlich an Dementia praecox erkrankt waren. Er vergleicht die Osteomalazie-Morbidität seines psychotischen Materials mit der Anzahl von Osteomalaziefällen, die *Curschmann* in 10 Jahren bei psychisch Gesunden sah und kommt zu dem Resultat, daß die nicht puerperale Osteomalazie bei Psychotischen erheblich häufiger sei als bei geistig Gesunden. *Imhofs* kasuistischer Beitrag erwähnt 2 männliche und 13 weibliche, nicht puerperale Osteomalaziefälle, von denen 10 an Dementia praecox litten, 2 waren Imbezille, 3 senil Demente. Beim Ausbruch der Osteomalazie waren 4 von den Frauen über 60 Jahre alt. *Emmler* fand unter 61 in der hiesigen medizinischen Klinik aufgenommenen Osteomalaziefällen 8mal ernstere psychische Auffälligkeiten; die Kranken waren nicht psychiatrisch untersucht worden, doch steht in einem der Fälle die Diagnose Katatonie fest, während das Wesen der übrigen psychischen Störungen an Hand der Krankengeschichten nicht als psychotischer Natur gedeutet werden kann.

Bei allen Vorbehalten, die wir der Statistik gegenüber machen müssen, bleibt doch die nicht zu bestreitende Tatsache bestehen, daß sich der Krankheitskreis der nicht puerperalen Osteomalazie mit dem der Schizophrenie in besonders großer Ausdehnung überschneidet. Wenn also die häufige Koinzidenz von Osteomalazie und Psychose nicht nur eine zufällige ist, welche Vorstellungen können wir uns dann über ein ursächliches Verkettetsein beider Krankheiten machen? Was lehren Symptomatologie und Verlauf, was die Therapie und ihr

Erfolg, was die wenigen sicheren Erkenntnisse, die wir über die Pathogenese beider Krankheiten besitzen?

Eine direkte kausale Abhängigkeit des einen von dem anderen Leiden glaubte *Finkelnburg* annehmen zu sollen, der bei seinen beiden Fällen in der osteomalazischen Schädeldeformität die Ursache der später auftretenden Geisteskrankheit erblickte. Abgesehen davon, daß selbst in seinen beiden Fällen keine wesentliche Schädeldeformität bestand, ist es schwierig, die Auswirkung einer raumbeengenden Schädelaffektion in einer „funktionellen" Psychose erblicken zu sollen. Es ist insbesondere unmöglich, für ein so häufiges, aber ätiologisch so undurchsichtiges Krankheitsbild wie die Dementia praecox nun einmal unter ungezählten Fällen eine solche grobmechanische Affektion als Ursache zu akzeptieren. Wichtiger als dies sind aber folgende Einwände: Fast in allen Fällen der Literatur geht die psychische Erkrankung der osteomalazischen um viele Jahre voraus. Gerade eine Deformität der Schädelkapsel wird extrem selten bei Osteomalazie beschrieben und von den Fällen *Schlesingers*, die sämtlich zu der in Wien epidemieartig aufgetretenen Hungerosteomalazie der Jahre 1918/19 gehören und bei denen der Schädel häufig befallen wurde, ist in keinem einzigen eine Psychose erwähnt.

In anderer Weise nahm *Bleuler* eine direkte Ursächlichkeit zwischen beiden Krankheiten an. Er hielt die Osteomalazie für die Folge der Psychose bezw. der durch sie nötig gewordenen Internierung. Seine 18 Fälle, alles langjährige Anstaltsinsassen, erkrankten nach *Bleulers* Annahme aus Mangel an Luft und Licht bei sonst vorzüglicher Pflege und Ernährung. Bemerkenswert ist *Bleulers* Angabe, daß 3 geistig Gesunde, ebenso seit 10 Jahren untergebrachte Anstaltsinsassen, elektiv gesund blieben. Durch ausgiebige „Lüftung" heilten sämtliche Fälle aus, nachdem P und Ca Darreichung erfolglos geblieben war. Daß Feuchtigkeit sowie Mangel an Licht und frischer Luft das Auftreten von Osteomalazie begünstige, ist eine fast allgemeine Annahme. Daß dieser Faktor aber ausschlaggebend sei, ist unbewiesen. Geisteskranke in luftigen, hellen Anstalten erkrankten ebenfalls an Osteomalazie, sie erkrankten auch, wenn sie gar nicht interniert sind (vgl. eigene Fälle). Es wurde auch von verschiedener Seite darauf hingewiesen, daß Psychotische unausgiebige Atembewegungen machten und dadurch der Knochenstoffwechsel (insbesondere der Rippen) darniederliege. Für die echte Osteomalazie kann eine derartige Ätiologie nicht einleuchten, dagegen mag sie für die „essentielle" marantische Rippenbrüchigkeit der

Geisteskranken" (*Gudden, E. Meyer, Neumann, v. d. Scheer*) eine Bedeutung haben, doch ist auch dies wenig wahrscheinlich angesichts der Tatsache, daß bei ausgedehnten Pleuraschwarten mit entsprechend schlechter Thoraxventilation eine exquisite Rippenatrophie u. W. nicht beobachtet wird. Andersartige exogene Ernährungsstörungen, die für Geisteskranke in Anstalten allenfalls mehr als für andere Menschen wirksam sein könnten, werden gleichfalls für Osteomalazie verantwortlich gemacht. Davon sei erwähnt Kalk- und Vitaminmangel der Nahrung (*Schlesinger*); letzteres Moment verdient insofern Beachtung, als bei Osteomalazie sehr häufig skorbutähnliche Störungen beschrieben werden, die man gemeinhin als Ausdruck von Avitaminose auffaßt. Daß Irrenanstaltsinsassen regelmäßig besonders vitaminarm ernährt werden, trifft wohl kaum zu, in manchen Literaturangaben (z. B. bei *Bleuler*) ist ausdrücklich das Gegenteil gesagt. Auch stellt *Curschmann* bei seinen nicht puerperalen Osteomalaziefällen ausdrücklich fest, daß in keinem Falle die Schädigungen des Pauperismus vorlagen. Wichtig ist auch die Angabe *Schlesingers* über die Wiener „Hungerosteomalazie" der Nachkriegsjahre, daß er sie eben nicht für echte Osteomalazie hält, sie vielmehr als reine exogene Ernährungs- bezw. Unterernährungsfolge anspricht. Eine solche Deutung ist für die osteomalazische Erkrankung Geisteskranker völlig unzulänglich. Bemerkenswert ist ferner die Tatsache, daß in denselben Hungerjahren 1918/20 in einer Stadt wie Hamburg im Vergleich zu Wien nur ganz spärlich Osteomalazie vorkam (*Sauer*). Es können also exogene Ernährungsschädigungen, wie sie vielleicht je und dann in Irrenanstalten vorliegen (z. B. bei monatelanger Sondenfütterung), nicht das ausschlaggebende Moment für das Auftreten von Osteomalazie sein.

Welche Berührungspunkte zeigen nun die beiden Krankheiten in Verlauf und Symptomen? Was den Beginn der beiderlei Erkrankungen betrifft, so ist die Regel, daß die Psychose viele Jahre vor der Osteomalazie in Erscheinung tritt. Man hat in dieser Tatsache einen Beweis gegen einen pathogenetischen Zusammenhang beider Krankheiten sehen wollen und auch eingewandt, daß so sehr viele Dementia praecox-Fälle ohne alle Knochenstörungen verlaufen. Dieser Meinung hält *Barbo* mit Recht entgegen, daß ja auch die Lues erst nach langem Intervall und nur bei einem Teil der Lueskranken zu Paralyse führe. Eine weitere Ausdehnung kann man natürlich dieser Parallele nicht geben, da die der Dementia praecox zugrunde liegende Störung denn doch erheblich problematischer ist

als eine luetische Infektion und die Paralyse andrerseits ein einheitlicheres Krankheitsbild darstellt als das osteomalazische Syndrom. Von der weitgehenden Regelmäßigkeit abgesehen, mit der die Osteomalazie später als die Dementia praecox beginnt, lassen sich im Ablauf beider Krankheiten keine Gesetzmäßigkeiten aufstellen. Die Osteomalazie kann lange neben der Psychose bestehen, sie kann ausheilen ohne Einfluß auf die Psychose, oder sie führt vermöge irgendwelcher Komplikationen zum Tode. Da sowohl die Osteomalazie wie die Dementia praecox zu schubweisem Verlaufe neigen, so wäre vielleicht eine gewisse Parallelität der beiderlei Schübe zu erwarten. Unseres Wissens ist ein derartiger Sachverhalt jedoch nur bei Puerperalen beschrieben, wo in mehreren Wochenbetten nacheinander neben Osteomalazie auch psychische Störungen auftraten. Für unsere anders orientierte Untersuchung, die die puerperalen Osteomalaziefälle als besonderen pathogenetischen Typus beiseite läßt, stehen keine Beispiele paralleler schubweiser Krankheitsverläufe zur Verfügung.

Bei einer vergleichenden Untersuchung der Symptomatologie beider Krankheiten lassen wir die Nebenbefunde, die sich z. B. auf Veränderungen an den innersekretorischen Drüsen erstrecken, zunächst außer Betracht, da sie später im Zusammenhang ihrer pathogenetischen Bedeutung Erwähnung finden werden. Das Gebiet, auf dem sich die Osteomalazie symptomatologisch mit dem der Dementia praecox trifft, ist in erster Linie das des Muskel- und Nervensystems. Die Osteomalazie wurde schon seit langem dem Sinne ihres Namens entgegen als Erkrankung des Nervensystems aufgefaßt. Selbst *Fehling*, der Verfechter der ovarialen Ätiologie der Osteomalazie, dachte an eine Übertragung der schädlichen Eierstocksüberfunktion zu den hyperämischen Knochengefäßen auf dem Nervenwege und sprach so von Osteomalazie als einer Trophoneurose des Knochensystems. *Davey* (zit. n. *v. d. Scheer*) faßte die Osteomalazie als Erkrankung des Sympathicus auf und in weiterem Sinne supponieren alle Anhänger der endokrinen Osteomalazietheorien eine Beteiligung des vegetativen Systems, da dieses in beständiger Wechselwirkung mit den endokrinen Drüsen zu denken ist. Die auf das vegetative System zu beziehenden Teilsymptome des osteomalazischen Komplexes sind von denen nicht zu trennen, die der gestörten Funktion der endokrinen Drüsen ätiologisch zugemutet werden. Hier soll deshalb darüber nur ausgesagt werden, daß Symptome von Seiten des vegetativen Systems auch bei der Schizophrenie wohl

stets nur im Verein mit nachweisbaren endokrinen Auffälligkeiten zutage treten. Die vegetativ-nervösen Symptome geben also nicht in selbständiger Bedeutung Aufschluß über die Wechselbeziehung zwischen Osteomalazie und Schizophrenie. (Man kann sogar hinzufügen, daß z. B. so ausgesprochene Gefäßinnervationsstörungen wie das intermittierende Hinken, das nach *Schlesinger* und *Curschmann* bei Osteomalazie vorkommt, nicht zum Krankheitsbilde der Dementia praecox gehört.) Förderlicher für unsere Frage ist die Betrachtung des Symptoms der sogenannten osteomalazischen Lähmungen. Es ist die Mehrzahl der Autoren, die dieses Symptom als primäres auffaßt (*v. Hößlin*, *Weber*, *Köppen*, *Latzko*, *Friedreich*, *Haberkant*, *v. d. Scheer*), wogegen andere (*Schlesinger*, *Curschmann* u. a.) in den spastischen Kontrakturen und Lähmungen, die durch Knochenschmerz und Erfordernisse der Statik hervorgerufene Reaktion auf den Knochenerweichungsprozeß sehen wollen. *v. Hößlin* als Hauptvertreter der ersterwähnten Meinung führt anatomische Befunde an, die einen charakteristischen Degenerations- bezw. Entzündungsprozeß der Skelettmuskulatur vor dem Bestehen erheblicher Knochenveränderung dokumentieren. Er vergleicht seine Befunde mit denen bei progressiver Muskeldystrophie und konstatiert sogar einen dementsprechenden Verteilungstypus mit Prädilektion des Beckengürtels. Gerade diese letzte Feststellung *v. Hößlins* läßt neben der Tatsache, daß er nur puerperale Osteomalaziefälle im Auge hat, bei denen die Erweichung in der Regel das Becken bevorzugt, seine Deutung wenigstens bezüglich des klinischen Bildes zweifelhaft erscheinen. Der „Beckengürteltyp" der beschriebenen Muskelstörungen findet als Folge des vorwiegend erkrankten Beckenskeletts eine wesentlich einleuchtendere Erklärung. Die anatomischen Befunde legen natürlich keinen Zweifel nahe, nur ist auffällig, daß aus jüngerer Zeit keinerlei Bestätigungen für sie vorliegen. *v. d. Scheer* mißt den osteomalazischen Muskelsymptomen zwar auch selbständige Bedeutung bei, spricht sich aber doch wesentlich zurückhaltender über Art und Schwere derselben aus. Was die Lokalisation derselben betrifft, so nimmt *v. d. Scheer* eine ziemlich ubiquitäre Verbreitung, etwa der Ausbreitung der Knochenveränderung entsprechend, an. Den Ausdruck „Parese" lehnt er als zu viel präjudizierend ab und stellt fest, daß er, wie andere Autoren, bei den „osteomalazischen Lähmungen" nie Entartungsreaktion fand. Den Erklärungsversuch *Buttenwiesers*, der die „schlagartigen", schmerzhaften Muskelzuckungen zweier Osteopathiefälle als Folgen einer

federnden Kompression des Rückenmarks durch die erweichte Wirbelsäule deutet, lehnt *v. d. Scheer* ab. An Hand der klinischen Symptome, die nach *v. d. Scheer* vor Beginn der Schmerzen eine Phase ausgesprochenen Ermüdungsgefühls in der Muskulatur hervortreten lassen, glaubt er eine der Knochenerkrankung koordinierte „Muskelschwäche und Übererregbarkeit [1]) des Nervensystems" annehmen zu müssen. Die Ursache hierfür erblickt er in den der Osteomalazie zugrunde liegenden Stoffwechselstörungen, für die Übererregbarkeit speziell in der Kalkstoffwechselstörung. Dieser Auffassung entgegen weist *Buttenwieser* darauf hin, daß bei Osteomalazie die übrigen Gewebe außer dem Knochen durchaus nicht an Kalk verarmt gefunden werden, wodurch freilich die Tatsache der nervösen Übererregbarkeit auf dem Boden der Osteomalazie keineswegs hinfällig wird. Nach eingehender Prüfung der Literatur können wir uns dem Eindruck nicht verschließen, daß die osteomalazische Stoffwechselstörung sehr wahrscheinlich neben der Knochenerweichung eine Muskelschädigung und Alteration der Nervenerregbarkeit primär setzt. Welches der eigentliche Charakter dieser Muskelnervenstörung ist, ist bislang völlig unklar. Das Phänomen tritt jedenfalls nie selbständig, ohne von Osteomalazie gefolgt zu sein, in die Erscheinung, und es persistiert nicht über die allenfalls ablaufende Knochenerkrankung hinaus. Es handelt sich also um mindestens funktionell reparable Störungen, die man nicht mit so schweren Krankheitsbildern, wie es die progressive Muskelatrophie darstellt, in nähere Beziehung setzen möchte.

Blicken wir nun in diesem Zusammenhang auf den Symptomenkreis der Schizophrenie, so fallen unwillkürlich die katatonen Muskelstörungen ins Auge. Auch sie sind freilich in ihrem Wesen noch unzulänglich erforscht, sie tragen aber ebenfalls die Merkmale der Stoffwechselstörung, wie die osteomalazischen. Der pathologischen Muskelfunktion der Katalepsie etwa liegt ebensowohl eine Stoffwechsel- wie eine Innervationsstörung zugrunde. Auch hier handelt es sich um reparable Störungen, zumindest was die Funktion betrifft. In diesem Zusammenhange interessiert die Mitteilung von *J. Bauer* über einen Fall von Tetanie bei Nephritis, bei dem er mit fortschreitender urämischer Intoxikation nacheinander Tremor, tetanische, choreati-

[1]) Daß die osteomalazischen Störungen sich im Muskel in manchen (alten) Fällen auch in verminderter Erregbarkeit zeigen kann, ist auch v. d. *Scheer* bekannt; hier ist lediglich auf das Vorhandensein irgendwelcher Erregbarkeitsänderungen Wert zu legen.

sche und katatone Bewegungsstörungen auftreten sah und daraus eine Störung der motorischen Regulierung in den Stammganglien erschloß. Auf die ungemein häufige Koinzidenz von Osteomalazie und Tetanie wird in der Literatur vielfach hingewiesen (*Bauer*, *Sauer*, *Schlesinger*); die osteomalazischen Muskelsymptome haben eine weitgehende Ähnlichkeit mit den tetanischen. Freilich halten wir uns nicht für berechtigt, von den osteomalazischen und tetanischen Muskelstörungen eine Brücke zu schlagen zu den recht wesentlich verschiedenen katatonen Bewegungsstörungen, nur sei der Hinweis erlaubt, daß Störungen der Muskelfunktion den beiden uns beschäftigenden Krankheitsgruppen zukommen und daß sie beiderseits zu den klassischen Symptomen zählen.

Die Therapie der Osteomalazie ist unter allen Umständen eine symptomatische; man greift an irgendeiner Stelle in den pathogenetischen Kausalnexus ein, mit Phosphor etwas näher am Endglied der Kette, mit der Kastration etwas mehr am mutmaßlichen Ausgangspunkt der Störung, mit „Lüftung", mit diaphoretischer Behandlung (*R. Schmidt*) ganz allgemein am Gesamtorganismus. Alle therapeutischen Methoden haben Erfolge, alle haben auch Versager, keine trifft die hypothetische letzte Kausa der Krankheit. Wahrscheinlich weil diese Causa als Einheit gar nicht existiert. Es sind keine Fälle bekannt, wo bei psychotischen Osteomalaziefällen durch erfolgreiche Osteomalaziebehandlung auch eine Besserung der Psychose bewirkt worden wäre, abgesehen von der Linderung natürlich, die die Osteomalazieheilung dem Psychotischen bringt. Eine Beeinflussung der Psychose durch die Osteomalazietherapie, die sich doch auf den Osteomalazie-Symptomen theoretisch aufbaut, ist streng genommen überhaupt nicht zu erwarten. Daß ein Einfluß auf die Psychose doch möglich wäre, könnte man sich allenfalls denken bei der Kastration, da sie einen tiefen und in seiner Wirkung auf den gesamten Organismus unberechenbaren Eingriff darstellt. Die bisherige Empirie spricht gegen diese Annahme, so daß die theoretische Stütze, die sie von Seiten der gemutmaßten Ätiologie der Dementia praecox als einer innersekretorisch bedingten Erkrankung bekommt, ziemlich belanglos bleibt. Von der anderen Seite, der Therapie der Dementia praecox, erhellt noch weniger für unsere Frage nach dem Zusammenhang zwischen Osteomalazie und der Schizophrenie; denn hier kann von einer eigentlichen Therapie überhaupt keine Rede sein, nicht einmal von einer symptomatischen in dem Sinne wie bei der Osteomalazietherapie. Die Behandlung der Dementia praecox besteht ja

überwiegend in einer bloßen Unterbringung und Versorgung nach gewissen hygienischen und diätetischen Grundsätzen; sie könnte also bezüglich der Osteomalazie höchstens eine gewisse Prophylaxe bedeuten, insofern sie die erwähnten „exogenen" Schädlichkeiten der Ernährung und Lebenshaltung vermeidet.

Welche Berührungspunkte finden sich zwischen Osteomalazie und Schizophrenie, wenn man die Pathogenese beider Krankheiten in Betracht zieht? Hier ist zunächst die auffallende Tatsache zu erwähnen, daß die Osteomalazie unter allen Umständen auch bei den senilen Formen, bei denen, die man mit Hunger und bei denen, die man mit Geisteskrankheit in ätiologische Beziehung bringt, vorzugsweise Frauen befällt, die Dementia praecox läßt dagegen in ihrer Verteilung nicht entfernt in ähnlichem Maße eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes erkennen. Für die Osteomalazie gibt es geographische Prädilektionen (z. B. Wien), denen auf seiten der Dementia praecox keine Parallele gegenübersteht. Noch ferner von dem Kreise der Schizophrenie rückt der der Osteomalazie ab, wenn wir eine Theorie der Osteomalazie-Pathogenese ins Auge fassen, die zwar nur wenige Verfechter hat, aber immerhin ziemlich schwerwiegende Tatsachen für sich anzuführen vermag. Es handelt sich um die infektiöse, endemische Theorie. *v. d. Scheer* stellt sehr ausführliche Daten über diese pathogenetische Auffassung der Osteomalazie zusammen. Wir erwähnen davon hier die pathologisch-anatomischen Befunde, die für entzündlichen oder entzündungsähnlichen Charakter des osteomalazischen Knochenprozesses sprachen (*Virchow*, *Weber*, *Recklinghausen*, *v. d. Scheer* u. a.), sodann den schubweisen klinischen Verlauf einzelner Fälle mit Fieber, den *Naegeli*, *v. d. Scheer* u. a. beschrieben haben, ferner die bakteriologischen Ergebnisse *Morpugos* und der italienischen Schule, die bei einer osteomalazischen Erkrankung von Ratten einen Diplokokkus als Erreger, die Krankheit selbst damit auf gesunde Ratten übertragbar fanden und die allgemein auf die Kontagiosität der Tierosteomalazie hinwiesen. Es gelang auch, aus dem Knochenmark von 6 osteomalazischen Frauen in 5 Fällen einen ähnlichen Diplokokkus zu züchten, dessen Übertragung auf Ratten zunächst freilich nicht pathogen wirkte. Für die infektiöse Theorie wurde ferner als Beweis herangezogen (*Kehrer*, *Krajewska* u. a.) das oft epidemische Auftreten von Osteomalazie in einzelnen Landstrichen, ja auch in einzelnen Irrenanstalten. Gewiß können bei geographischer Prädilektion auch ganz andere, tellurische, kli-

matische Einflüsse ausschlaggebend sein, aber doch geben neuere Berichte über Osteomalazie-Epidemien wie der von *Orzechouski* zu denken. Nach allem, was heute über die infektiöse Theorie der Osteomalazie-Pathogenese an Beobachtungen vorliegt, hat diese — darin ist *v. d. Scheer* beizustimmen — einen ersten Platz unter den ätiologischen Theorien zu beanspruchen. Sollte sich die Infektion gar eines Tages als conditio sine qua non für die Osteomalazie erweisen lassen, so hätte das für den Zusammenhang der Osteomalazie mit der Schizophrenie eine wichtige Konsequenz. Man müßte dann die den beiden Krankheiten gemeinsamen Stoffwechselstörungen als durchaus sekundär und ihre Koinzidenz als ziemlich belanglos auffassen. Die Häufung der Osteomalazie in Irrenanstalten träte dann in eine Parallele mit der dort ebenfalls häufigen Tuberkulose. Für unsere Fragestellung fallen jedenfalls die Hinweise auf eine infektiöse Pathogenese der Osteomalazie in die negative Wagschale. Ein ebenfalls beachtliches negatives Moment findet sich in der Pathogenese der Dementia praecox, nämlich die Tatsache, daß bei ihr in hohem Prozentsatz Vererbung nachgewiesen ist. Für Osteomalazie ist eine solche wohl nicht anzunehmen, jedenfalls nicht in dem Sinne wie bei anderen komplexen Stoffwechselstörungen, wie etwa bei der Gicht. Es wird ja wohl von manchen Autoren eine angeborene Minderwertigkeit des Knochensystems für das Zustandekommen von Osteomalazie supponiert, aber dies scheint mehr Postulat als beobachtete Tatsache. Über direkte Vererbung liegt jedenfalls kein Material vor. Daß in Osteomalaziegegenden auch familiär Osteomalazie vorkommt, würde ja nichts für eine Heredität der Osteomalazie im engeren Sinne beweisen. Eine klare Entscheidung für unsere Frage nach Zusammenhängen in der Pathogenese von Osteomalazie und Schizophrenie bringt natürlich die Feststellung der nur einerseits vorhandenen Heredität nicht. Die Schizophrenie braucht ja bei erblichem Verlauf nicht stets dieselben und nicht stets alle Symptome in den Krankheitsfällen der Deszendenz wieder auszubilden. Auch wäre bei der großen Seltenheit der nicht puerperalen Osteomalazie ein ungeheueres Material vonnöten, um zu entscheiden, ob nicht doch die Schizophrenen einer Familie mehr zu Osteomalazie neigen als die einer anderen. Immerhin lockert die fehlende Übereinstimmung in der Hereditätsfrage den mutmaßlichen pathogenetischen Zusammenhang der beiden Krankheitskreise in etwas.

Das wichtigste pathogenetische Gebiet für unsere Frage ist

durchaus das der inneren Sekretion. Hier werden von allen Autoren Störungen angenommen sowohl für die Osteomalazie wie für die Schizophrenie und die Beobachtungen über die Häufigkeit innersekretorischer Störungen bei jedem der beiden Krankheitsbilder schienen die Annahme engerer Beziehungen zwischen beiden zu bestätigen.

Es kann nun hier nicht unsere Aufgabe sein, das ganze Chaos der Beziehungen zwischen Dementia praecox und innerer Sekretion oder dieser und Osteomalazie vor dem Leser auszubreiten. Die ganze Frage der inneren Sekretion hat bis heute trotz eines umfangreichen Materials an empirischem Detailwissen und an theoretischen Einzelerkenntnissen noch keine Klärung durchgreifender Art gefunden. Insbesondere ist es im allgemeinen noch nicht gelungen, bei innersekretorischen Störungen den Sitz der primären Schädigung bestimmt zu lokalisieren. Man stößt bei solchen Versuchen jeweils zumindest auf den unauflöslichen Zusammenhang einerseits der innersekretorischen Drüsen untereinander, andrerseits der innersekretorischen Drüsen mit dem vegetativen Nervensystem und durch dessen Vermittlung — nach vielfacher Annahme — mit vegetativen Hirnzentren. Die Lokalisationsversuche greifen nun gemeinhin das am auffälligsten veränderte Organ heraus und ziehen es zur Verantwortlichkeit und Benennung für das betreffende Krankheitsbild heran, etwa beim Pankreasdiabetes, ohne daß damit erwiesen wäre, daß die Pankreas ätiologisch die letzte Instanz wäre, daß nicht etwa deren Innervation oder für diese wieder ein zerebrales Zentrum verantwortlich zu machen wäre. Die relativ geklärten und scharf umschriebenen Krankheitsbilder wie Pankreasdiabetes oder Basedow ließen es berechtigt erscheinen, Typen von Krankheiten mit „monoglandulärer" Ätiologie aufzustellen; man hat dies z. B. auch für die Osteomalazie getan und sie thyreogen, oophorogen usw. aufgefaßt (*Hoennicke*, *Fehling*, *Naegeli* u. a.). Diese Deutungen fanden ihre Stütze z. B. in dem bei Osteomalazie so sehr häufigen Nebenbefund einer pathologisch-anatomischen Schilddrüsenveränderung und den sie — seltener — begleitenden, für thyreogen geltenden Stoffwechsel- und nervösen Störungen; für das Ovar als ätiologisch ausschlaggebend sprach die Kastration in ihrer therapeutischen Wirksamkeit. Theoretische Erwägungen und empirische Tatsachen veranlaßten aber spätere Autoren, jede „monoglanduläre" Ätiologie der Osteomalazie abzulehnen (insbe-

sondere *Curschmann* u. a.). Nicht nur, daß man bei Osteomalazie nachgerade an fast allen für die innere Sekretion in Frage kommenden Drüsen krankhafte Befunde erhoben haben wollte und diese in verwirrender Regellosigkeit vorkamen, man wurde auch immer mehr darauf aufmerksam, daß die einzelnen innersekretorischen Drüsen eigentlich gar nicht aus dem Zusammenhang aller übrigen gesondert betrachtet werden konnten, daß sie sich gegenseitig hemmen oder reizen und daß ihr Zusammenwirken und Einfluß auf den Organismus in innigster Wechselwirkung mit dem vegetativen Nervensystem geltend werde. Durch diese Einsicht erhoben sich neue Schwierigkeiten und Fragen. Den stärksten pathogenetischen Konnex sollte die Osteomalazie mit der Schilddrüse oder mit dem Ovar haben, wobei jeweils an eine Überfunktion des betreffenden Organs gedacht war. Da ergab sich nun die Schwierigkeit, daß das Ovar und die Schilddrüse sich in bezug auf das vegetative System wie Antagonisten verhalten; entsprechend fand man bei mit Struma behafteten Osteomalazischen die Zeichen der Übererregbarkeit des Sympathikus, während eine krankhaft gesteigerte Ovarialfunktion einen erhöhten Vagustonus mit sich bringt. Man mußte darauf das Arbeitsschema der Hypo- und Hyperfunktion aufgeben und in der Formel der Dysfunktion einen neuen richtigeren, aber weniger besagenden Ausdruck für die bestehende Drüsenstörung finden. Durch diesen Ausweg kamen manche Schwierigkeiten detaillistischer Art in Wegfall, so z. B. der Widerspruch, daß man Osteomalazie sowohl bei Basedow wie bei Kretinismus und Myxödem, also bei Hyper- und Hypofunktion der Schilddrüse gehäuft gefunden hatte, ferner daß Osteomalazie auch bei Klimakterischen häufig ist, wo eine Hyperfunktion des Ovars im gemeinen Sinne nicht mehr in Frage kommt. Die Vorstellung einer Dysfunktion ermöglicht eine theoretische Deutung dieser Tatsache um so mehr, als auch bei Klimakterischen die operative Kastration noch therapeutischen Effekt hat (*Sellheim* zit. nach *Aschner*). Für das Ätiologieproblem als ganzes bringt nun die Einführung des Begriffes der Dysfunktion oder der qualitativ gestörten Sekretion anstelle der quantitativ gestörten keine Lösung, sondern neue weiter gespannte Fragen: Wenn also die einzelne innersekretorische Drüse nicht letzte ätiologische Instanz ist, da ja ihre Dysfunktion als Disharmonie des ganzen innersekretorischen Apparates und des damit zusammengeschalteten vegetativen Nervensystems sich begreift, wenn sie also nur Erfolgs-

organ[1]) und in bezug auf die Osteomalazie vermittelndes Organ ist, wo liegt dann die primäre Störung? *Aschner* besonders hat das Verdienst, den ätiologischen Circulus vitiosus der bald einzeln, bald im Zusammenwirken verantwortlich gemachten inneren Drüsen gedanklich aufgegeben und einen übergeordneten Sitz der primären Schädigung postuliert zu haben. Er führt ein ziemlich umfangreiches Material dafür an, daß dieser primäre Sitz in einem „Eingeweidezentrum am Boden des 3. Ventrikels" zu suchen sei und nimmt besonders für manche bisher der Hypophyse zugeschriebenen Krankheitsbilder nicht die Drüse selbst, sondern die Bahnen und Zentren der Infundibularregion als primär gestört an. Die *Aschner*sche Theorie ist als Arbeitshypothese gewiß wertvoll, sie gibt aber keine Lösung der ganzen ätiologischen Frage, auch wenn sie, was natürlich zu verlangen ist, noch weitere empirische Stützen erhält. Das supponierte Eingeweidezentrum ist physiologisch eben auch nur als eine Schaltstelle zu werten, es unterliegt Einwirkungen aus dem Großhirn und solchen aus dem vegetativen System und damit auch aus dem endokrinen Apparat. Es ist also theoretisch gleich möglich, daß die Schädigung am genannten Zentrum ansetzt, wie daß sie von entfernterer Stelle, etwa von einer Struma aus, auf dieses wirkt. Auch empirisch finden sich Anhaltspunkte dafür, daß es sich letzten Endes um eine Koordination der ätiologischen Faktoren handelt. Es ist jedenfalls möglich, den ätiologischen Zusammenhang an verschiedenen Gliedern seiner Kette therapeutisch zu beeinflussen und zu unterbrechen. Man kann, wie wir sahen, peripher ansetzen mit Phosphor, Diät usf. oder den Kreislauf beeinflussen mit Adrenalin und Diaphorese oder die innersekretorische Dyskrasie umstimmen durch Kastration usw. Man wird also je nach der Therapie, die Erfolg hat, den einen oder anderen ätiologischen Faktor mit größerer Verantwortlichkeit belasten wollen. Die Therapie und klinische wie anatomische Untersuchungen rücken aber immer wieder die innere Sekretion in den Vordergrund als wesentlichstes Glied des pathogenetischen Zusammenhangs der Osteomalazie (vgl. *Aschner*, *Biedl*, *Cramer*, *Curschmann*, *Falta*, *Hitzenberger*, *Naegeli*, *v. d. Scheer* u. a.). In eine ähnliche

[1]) Daß Thyreoidea und Parathyreoidea bei Osteomalazie so oft verändert gefunden werden, muß nicht heißen, daß sie Sitz der primären Schädigung sind, sie können auch lediglich Mittelglieder der pathogenetischen Kette sein, und zwar bei Osteomalazie gerade in ihrer Eigenschaft als Kalkstoffwechselregulatoren.

Richtung weisen nun auch die Forschungsergebnisse der Schizophrenieätiologie. Obwohl wir bezüglich dieser doch durchaus auf dem Punkte des Ignoramus stehen, so treten doch unter den Einzelergebnissen die Beobachtungen innersekretorischer Störungen unter den ätiologischen Faktoren auch hier am meisten in den Vordergrund. Wenn die Dementia praecox als eine Intoxikation oder Autointoxikation aufgefaßt wird, so kann es sich natürlich auch hier nicht um eine „monoglanduläre Dysfunktion" handeln. Auch hier ist der Zusammenhang der innersekretorischen Drüsen untereinander mit dem vegetativen System und mit zerebralen Zentren als ein unauflöslicher zu betrachten. Greifbare monoglanduläre Störungen sind bei Dementia praecox auch nicht im geringsten Grade mit Regelmäßigkeit beobachtet, vergleichsweise nicht einmal mit der Häufigkeit, in der bei Osteomalazie monoglanduläre Symptomkomplexe klinisch hervortreten. Für pluriglanduläre und vegetativ nervöse Störungen ergibt die Klinik der Dementia praecox allerdings eine Reihe von Anhaltspunkten. Ohne Vollständigkeit anzustreben, weisen wir z. B. auf die Abhängigkeit der Dementia praecox von der sexuellen Evolution und Involution hin, ferner auf die Beziehungen zu den Generationsvorgängen des Weibes, wenngleich bereits von diesen einschränkend bemerkt werden muß, daß sie ebensowohl zum manisch-depressiven Irresein und zur Epilepsie Beziehungen haben wie zur Dementia praecox. Eine gewisse Stütze hat die endokrine Theorie der Dementia praecox auch durch die Versuche *Fausers* u. a. mit dem *Abderhaldens*chen Dialysierverfahren gefunden, allerdings sind die Ergebnisse dieser Untersuchung keineswegs eindeutig oder allgemein giltig. Eine Reihe von Autoren wies auf Beziehungen der Dementia praecox zu Schilddrüsenveränderungen hin. Gewisse Basedow-Psychosen sollen symptomatologisch der Dementia praecox auffallend gleichen. Die Tierexperimente *Blums* u. a. (zit. u. *v. d. Scheer*) brachten bei thyreoparathyreoidektomierten Hunden psychische Störungen „katatoner" Art zustande. *Latarjet*, *Berkley* u. a. (zit. u. *v. d. Scheer*) berichten sogar über therapeutische Erfolge bei Dementia praecox durch partielle Strumektomien, auch *v. d. Scheer* selbst hatte neben vielen Mißerfolgen bei zwei mit Basedow kombinierten frischen Dementia praecox-Fällen guten Erfolg mit Strumektomie. Die auf die Schilddrüse bezüglichen Beobachtungen bei Dementia praecox sind aber vereinzelt, von anderer Seite stark bezweifelt und beweisen angesichts der Häufigkeit der Dementia praecox nichts,

zumal, wie wir früher hervorhoben, die Schizophreniediagnose nicht allenthalben genau nach denselben Gesichtspunkten gestellt wird und z. B. die „mit Basedow kombinierten Dementia praecox-Fälle" *v. d. Scheers* sehr wahrscheinlich als Basedow-Psychosen zu deuten sind. Über pathologisch-anatomische Befunde an den innersekretorischen Drüsen, die in die Ätiologiefrage der Dementia praecox Licht brächten, verfügen wir nicht.

Trotz dieser negativen Feststellungen bezüglich der Pathogenese der Dementia praecox bleiben doch überzeugende Anhaltspunkte für den Charakter des Leidens als einer Stoffwechselstörung, die endokrine und vegetativ-nervöse Störungen sehr häufig bei sich hat, wobei unklar ist, ob diese primär, koordiniert oder konsekutiv aufzufassen sind. Mindestens für den Kreis der Katatonie sind schwere Störungen im Muskelnervensystem, im Wasserhaushalt und im gesamten Ernährungszustand an der Tagesordnung. Für diese Störungen ist eine mittelbare, wenn nicht primäre Rolle der endokrinen Drüsen fast notwendig anzunehmen. Vielleicht liegt auch hier die primäre Störung im Bereich des *Aschner*schen „Eingeweidezentrum". Vielleicht wäre dann dort ein Schnittpunkt des pathogenetischen Kreises der Dementia praecox mit dem der Osteomalazie zu suchen. Dafür spräche u. a. auch die Prädilektion der Dementia praecox für dysplastische Typen (z. B. Eunuchoide), die Häufigkeit abnormer Behaarung bei Schizophrenen (z. B. Bartwuchs bei Frauen). Eine endgültige These wagen wir auf den bisherigen Erkenntnissen nicht aufzubauen, aber wir betonen die auffällige Ähnlichkeit, welche die Krankheitskreise der Schizophrenie und der Osteomalazie in ihren Beziehungen zu den endokrinen Drüsen und dem vegetativen Nervensystem zeigen und sprechen die Vermutung aus, daß das Zwischenhirn möglicherweise sowohl für die Pathogenese der Osteomalazie wie für die der Dementia praecox eine verantwortliche Rolle spielt. In der Erkenntnis, daß die Osteomalazie lediglich ein Syndrom, keine ätiologische Einheit ist, halten wir an Hand der bisherigen Feststellungen über das Zusammenvorkommen von Osteomalazie und Dementia praecox die Auffassung für berechtigt, daß das Osteomalazie-Syndrom bei gegebenen sonstigen Vorbedingungen durch eine bestehende Dementia praecox zur Manifestation gebracht werden kann. Diese Frage ist es, die wir zur Nachprüfung empfehlen, ob unter Ausschluß der puerperalen und senilen, sowie der sichtlich durch schwere exogene Ernährungsstörungen (z. B. Wiener Hunger-

osteomalazie) bedingten Osteomalaziefälle solche in so großer Anzahl mit Dementia praecox kombiniert vorgefunden werden, daß dadurch die aus der Pathogenese beider Leiden erhellende Wahrscheinlichkeit eines ätiologischen Zusammenhangs zur Gewißheit erhoben wird. Neben rein zahlenmäßiger Erhärtung unserer Annahme bietet natürlich Auftreten, Verlauf und Symptomatologie jedes einzelnen osteomalazischen Dementia praecox-Falles einen Beitrag zur Klärung unserer Frage.

Unter dem letzten Gesichtspunkte lassen wir nachstehenden kasuistischen Beitrag folgen.

Die Zusammenstellung der Fälle ist eine zufällige. Die hiesige Klinik bekommt überwiegend frische Fälle und behält die chronischen, dem Charakter der Klinik als Aufnahmeanstalt entsprechend, höchstens einige Monate. Die chronisch Kranken werden in der Regel in die Anstalt Wiesloch überführt. Wie häufig dort osteomalazische Erkrankungen vorkamen, entzieht sich unserer Kenntnis. Es ist nicht anzunehmen, daß es nur so wenige Fälle waren, da der Heidelberger Bezirk nach der Literatur und nach Erfahrung anderer hiesiger Kliniken reich an osteomalazischen Erkrankungen ist. Die drei veröffentlichten Fälle sind demnach nur als Einzelfälle, aber nicht statistisch in Beziehung auf das Krankenmaterial der Klinik zu verwerten. Es muß betont werden, daß Wiesloch eine nach modernen hygienischen Grundsätzen gebaute Anstalt mit großer Landwirtschaft ist.

1. Fall. Anna B., ledig, Haustochter, Jüdin, geb. 7. 10. 1880 in Weingarten bei Karlsruhe. Muttersbruder Epileptiker. Sonst keine Belastung. Körperlich gesunde Entwicklung, gute soziale Verhältnisse. Charakterlich stets zurückgezogen, aber gutartig und fleißig, mittelmäßig begabt. Seit dem 13. Lebensjahre Menses, regelmäßig, ohne Störung. Seit dem 15. Lebensjahre charakterlich auffällig, wurde verschlossener, eigensinnig, lebte in beständigem Konflikt mit den Eltern, las viel Ernstes, schrieb wehmütige Briefe, sie sei das Unglückskind der Familie. Im 18. und 19. Lebensjahre je einmal in zwei verschiedenen Privatanstalten aufgenommen. 21. 3. 1901 wegen akuter psychotischer Erkrankung in die hiesige psychiatrische Klinik eingeliefert, typisches Bild einer Katatonie mit Wechsel zwischen stuporösen Zuständen und Erregungsausbrüchen. Anfangs ab und zu luzide Intervalle mit einer gewissen Krankheitseinsicht, späterhin fortschreitende Veränderung mit schwersten Symptomen, Stereotypien, Katalepsie, Grimassieren, Negativismus in den stuporösen Phasen, in den erregten zerfahren, obszön, koprolalisch, schmierend, von Halluzinationen gequält, zu schwerer Selbstbeschädigung neigend, riß sich mit Vorliebe Kopfhaar und Augenbrauen aus. Menses regelmäßig, ziemlich stark, jeweils von heftiger Erregung begleitet. In der Heilanstalt Emmendingen (7. 11. 1902 bis 24. 11. 1905) dasselbe Bild typischer Katatonie, beschädigte sich und andere, riß sich und anderen die Haare aus, menstruell besonders erregt, Menses regelmäßig.

In der Heilanstalt Wiesloch [1]) 24. 11. 1905 bis 4. 6. 1923. Dort sehr schwierige Patientin, impulsiv gewalttätig, zerreißt Wäsche, schmierte mit Kot und Menstrualblut, ließ stets unter sich gehen, riß sich und den Wärterinnen die Haare aus, biß sich in Arme und Beine, halluzinierte beständig. Zur Zeit der starken, stets regelmäßigen Menses besonders erregt. Einige Male luzide Intervalle mit Krankheitsgefühl. Im ganzen fortschreitende Verstumpfung; die Zeiten einer schnippischen, ironischen, zu Schabernack geneigten Euphorie machten den größten Teil der Jahre 1903—1916 aus. August 1917 fiel auf, daß Pat. im Garten „mit ganz kleinen Schrittchen" ging und sich dabei allenthalben mit den Händen zu stützen suchte. Sie wurde zornig, wenn man ihr helfen wollte; im Oktober jedoch „ließ sie sich tragen", vermochte aber in dieser Zeit noch des öfteren Fensterscheiben einzuschlagen. Im November ging Pat. wieder „ganz ohne Unterstützung". April 1918 erneut „ganz vorsichtiger, kurzschrittiger Gang", wobei Pat. sich überall festzuhalten sucht. Dabei war sie abweisend und reizbar. Februar 1919 „trippelnder Gang mit ganz kleinen Schritten, hält sich dabei fest". Die Störung wurde in der Krankengeschichte ausdrücklich als „katatone" bezeichnet. Mai 1919 wurde Pat. „zugänglicher, klagte, sie könne nicht gehen, ließ sich tragen". 28. 5. Fraktur des linken Oberarms, Pat. war von der Wärterin beim Abführen fallen gelassen worden; war bei Untersuchung und Verband „zutraulich". 16. 8. „Geht zum Klosett stets allein, sich langsam an der Wand entlang tastend, die Füße seitwärts verschiebend, während sie sich sonst z. B. in den Garten tragen ließ". Wegen starker Pflegebedürftigkeit auf die Krankenabteilung. Januar 1920 „stets zu Bett in katatoner Haltung, ablehnend, schimpft, wenn man sie anrührt". Juni „wegen ihres hinfälligen körperlichen Zustandes dauernd zu Bett". — „Die Kyphose der oberen Brustwirbelsäule, die sich ganz allmählich entwickelt hat, scheint osteomalazischer Natur zu sein". Ab Oktober 1920 körperlich wie physisch das Verhalten wie vor August 1917. Keine Schmerzäußerung, keine Bewegungsbehinderung mehr. Stumpf-läppisches, verschrobenes Verhalten, zeitweise koprolalische Ausbrüche und impulsive Gewalttätigkeit. April 1922. „Die Pat. wird sehr fett." Oktober 1922. „Die Menstruation ist spärlich." Eine Therapie hatte nicht stattgefunden, da Pat. den gebotenen Lebertran nie nahm; an die frische Luft war sie stets in etwa demselben, ausreichendem Maße gekommen. Die Ernährung war 1917/18 natürlich schlecht gewesen, wenn auch wohl im Blick auf die große landwirtschaftliche Erzeugung der Wieslocher Anstalt besser als die der meisten Stadtbewohner.

Zur speziellen Untersuchung der osteomalazischen Veränderungen in hiesiger psychiatrischer Klinik aufgenommen (4. 6. bis 31. 7. 1923). Psychisch: Verschrobener, stumpfeuphorischer, halluzinierender Endzustand, orientiert, von guter Auffassung und gutem Gedächtnis. Im äußeren Verhalten meist ruhig, autistisch, gutartig; beständig unrein, ab und zu schmierend. Ziemlich einsichtslos, glossiert ihre Umgebung

[1]) Für Überlassung des Krankengeschichtsmaterials unserer beiden ersten Fälle spreche ich dem Direktor der Anstalt Wiesloch, Herrn Geheimrat *Fischer*, meinen besten Dank aus.

treffend, unterhält sich mit ihren „Stimmen". Wirkt stets von allen Vorgängen ganz unberührt; indifferente, ambivalente Stellungnahme. Neben der affektiven Stumpfheit ist häufig ein ironischer und selbstironischer Zug zu beobachten.

Körperlich: Sehr kleine, stark kyphotische Pat. mit geringer Muskulatur, reichlichem Fettpolster und von blasser Gesichtsfarbe. Sie ist in regelrechter Verteilung sehr stark behaart, das Kopfhaar ist voll und intensiv schwarz pigmentiert.

Das Knochensystem ist nirgends druckempfindlich, von anscheinend regelrechter Konsistenz. Die Wirbelsäule zeigt im Brustteil eine sehr starke, ganz gleichmäßige Kyphose, im Halsteil eine entsprechende Lordose, der Hals ist kurz, der Kopf zwischen den Schultern ganz eingesunken. Das Becken zeigt, radiologisch wie gynäkologisch (Prof. *Eymer*) untersucht, die typische osteomalazische Deformität (Kartenherzform). Die rechte Clavicula ist verkürzt und zeigt in der Mitte einen starken Callus. Der linke Humerus ist unter dem Collum anatomicum frakturiert, mit starker Dislokation und großem Callus geheilt. Von Wirbelsäule, Becken und linkem Humerus liegen eindeutige Röntgenaufnahmen vor. Die Beine und, von der linksseitigen Humerusfraktur abgesehen, auch die Arme zeigen keine Deformität.

Die Halsorgane ergeben keinen krankhaften Befund, insbesondere ist keine Struma palpabel. Brust- und Bauchorgane o. B., Urin frei. Blutbefund: Hb 82 % (*Sahli*), Rote 4,82 Millionen, Weiße 5200. Differenzierung: polymorphkernige 51 %, Lymphozyten 42 %, Monozyten 6 %, Eosinophile 1 %.

Nervensystem: Hirnnerven, Haut- und Sehnenreflexe, Sensibilität, Motilität intakt. Chvostek, Trousseau, Erb negativ. Auch nach Infusion von 1,5 g Phosphat tritt keine Steigerung der elektrischen Erregbarkeit auf. Eine spezielle Untersuchung der Adrenalinempfindlichkeit (Dr. *György*-Kinderklinik) und der Reaktion auf Pituglandol ergibt normale Verhältnisse. Die Genitalfunktion ist regelrecht. Körpergewicht: 50,5 kg.

Zusammenfassung: Nullipara, körperlich gesunde Entwicklung, frühzeitig menstruiert, seit dem 15. Lebensjahr chronisch schizophren erkrankt. Vom 37.—40. Lebensjahr osteomalazische Erkrankung, die spontan mit erheblichen Deformitäten ausheilt. Für innersekretorische Störungen finden sich so gut wie keine Anhaltspunkte; nur scheint die Ovarialfunktion stark ausgeprägt, insofern als die Menses früh begonnen und die ganze Dauer der nun seit 28 Jahren bestehenden schweren Psychose über kräftig und regelmäßig blieben. Jetzt mit 43 Jahren hat Pat. noch keinerlei Rückbildungssymptome; dabei fällt der dichte, pigmentreiche Haarwuchs besonders auf, auch in Anbetracht der Tatsache, daß Pat. nicht nur zeitweise kurz geschoren wurde, sondern sich auch das Kopfhaar bis zu völliger Kahlheit wiederholt ausgerissen hatte. Die Bemerkung der Wieslocher Krankengeschichte von April 1922 glauben wir damit erklären zu sollen, daß die Pat. psychisch ruhiger und bequemer wurde und so etwas mehr Fett ansetzte, wie dies bei stumpfen Endzuständen häufig ist. Der Fettansatz ist auch weder nach Grad noch nach Lokalisation

auffällig. Die hier beobachtete Menstruation war von regelrechter Stärke und Dauer.

Die spezielle neurologische und Stoffwechseluntersuchung ergab die für Osteomalazie charakteristischen Störungen nicht mehr, was wir als eine Bestätigung der klinischen Heilung auffassen. Das einzige Bemerkenswerte ist die noch bestehende Lymphozytose von 42%. Was den Zeitpunkt des Auftretens der Osteomalazie betrifft, so besteht keinerlei Parallelität mit der psychischen Erkrankung. Der Kriegsernährung eine veranlassende Rolle zuzuschieben, liegt nahe, doch war die Ernährung in den Jahren 1919 und 1920, die die Remission brachten, wohl nicht erheblich besser als die der Jahre 1916/17, die der Erkrankung vorhergingen. Auf dem Höhepunkt des körperlichen Leidens ist eine Abschwächung des autistischen Verhaltens und eine ungewöhnliche Zugänglichkeit der Kranken zu bemerken. Auch in diesem Falle blieb das Leiden infolge seines schleichenden Verlaufs $2^1/_2$ Jahre lang unerkannt.

2. Fall. Franziska B., Kaufmannsfrau, geb. 27. 10. 1866 in Konstanz. Keine erbliche Belastung. Mit $^5/_4$ Jahren „Blutsturz", mit 4 Jahren Sturz aus dem 2. Stockwerk mit anschließender „Hirnentzündung", mit 10 Jahren Masern, mit 12 Jahren Diphtherie, mit 17 Jahren Typhus, mit 22 Jahren Keuchhusten. Menses seit dem 13. Lebensjahr, stets sehr stark. 5 Partus, das 2. Kind faultot, eines mit 2 Jahren gestorben, 3 gesund, letzter Partus 1902. Seither Völlegefühl im Leib und Menorrhagien; 1905 in hiesiger Frauenklinik operiert durch abdominelle Amputatio colli uteri myomatosi mit retroperitonealer Stielversorgung und subperitonealer Versenkung des linken Ovars samt Tube. Rechtes Ovar entfernt. Aus der Krankengeschichte der Frauenklinik: doppelseitige Struma ohne alle Basedowsymptome, Myomherz, beide Ovarien hochgradig hypertrophisch. Glatter Heilverlauf.

Psychisch in der Jugend gesund, besuchte Volksschule, lernte nähen. Heirat mit 21 Jahren. Seit dem 23. Lebensjahre als „hysterisch" bezeichnete Anfälle mit Herzbeklemmung und abasischen Störungen ohne Bewußtseinstrübung; sie zessierten in den Graviditäten. Im 43. Lebensjahr (1909) wurde Pat. auffällig, verdächtigte die Hausmitbewohner, sie bestohlen zu haben, wurde zweimal wegen Beleidigung verklagt, einmal bestraft. Es setzte eine rasch fortschreitende Wesensveränderung ein, die Pat. halluzinierte, verarbeitete ihre ganze Umgebung wahnhaft und arbeitete nichts mehr. Am 25. 3. 1911 wurde Pat. auf dem bezirksamtlichen Weg in die hiesige Klinik eingeliefert. Sie war orientiert und äußerlich geordnet, aber sehr verschlossen und durchweg paranoid eingestellt; sie halluzinierte osmisch und akustisch und litt an physikalischen Beeinflussungen, wurde „hypnotisiert" und „narkotisiert". Eine sehr ausgebreitete, produktive, ziemlich systematische Wahnbildung trat von Anfang an zutage. Pat. litt unter den Nachstellungen einer „internationalen Diebesbande", der „schwarzen Hand", wurde von den Teilnehmern dieses „Komplottes" in jeder erdenklichen Weise gequält und geschädigt. Die wahnhaften Beziehungen wurden auch auf die Familienglieder ausgedehnt — auch der Mann und die Tochter seien hypnotisiert oder narkotisiert worden — und erfuhren eine erhebliche zeitliche Zurückdatierung. Die Kranke war sehr reizbar und litt an „psychogenen Herzattacken".

Die Diagnose lautete: Dementia paranoides; am 24. 6. 1911 wurde Pat. in die Anstalt Wiesloch überführt. Dort ziemlich dasselbe Bild wie in der hiesigen Klinik, wurde allmählich etwas stumpfer, fügte sich leidlich ein, arbeitete ein wenig, halluzinierte aber beständig und produzierte weiter persekutorische Wahnideen, war zu aktiven Konsequenzen ihrer Paranoia bereit, wollte sich scheiden lassen, war sehr anspruchsvoll und neigte zu tätlichen Ausbrüchen. In den Jahren 1914—1918 wurde die Kranke immer autistischer, gab dem Arzt keine Auskunft, unterhielt sich fast beständig bald heiter, bald gereizt in verschrobenem Flüstern mit ihren „Hypnosestimmen"; das Bild war wesentlich einförmiger, die Kranke an Wahnideen unproduktiver geworden; sie lag übrigens alle die Jahre im Bett, „schon um keinesfalls für die Anstalt zu arbeiten". Im Oktober 1919 findet sich in der Krankengeschichte der Eintrag, die Kranke sei „körperlich ziemlich hinfällig", sie „klage ab und zu über Schmerzen da und dort". Sie wurde der Hinfälligkeit wegen auf die Krankenabteilung der Anstalt gebracht, aber die geklagten Schmerzen hielt man für psychotischer Herkunft. Das Bild der Psychose war entschieden ausgeprägter geworden und anders als früher geartet. Die „Sinnestäuschungen" wurden leibhaftiger und quälender, und die Kranke nahm in anderer Weise dazu Stellung, indem sie bis zum Aufgeben ihres autistischen Verhaltens darunter litt. Sie suchte Anlehnung und Schutz und wollte getröstet werden; sie bat, man sollte sie nicht „mit dem Magneten zerteilen, wenn sie schwanger sei, wie ein Stück Geflügel, sondern lieber den regelrechten Leibschnitt machen". Januar 1920 wird berichtet, daß Pat. stets sehr freundlich, aussprache- und anlehnungsbedürftig sei, daß sie nur übelnehme, wenn man ihr zurede, das Bett zu verlassen. Bis Ende 1920 dasselbe Bild, zugänglich, trostbedürftig, klagt fast nur über Magnetquälen. Februar 1921 fiel erstmals auf, daß Pat. die Hand zum Gruß „steif gehalten reicht"; auch sprach sie selbst jetzt erstmals ohne psychotische Einkleidung davon, daß ihre Beine zu schwach zum Laufen seien, ließ sich stets tragen. März 1921 wurde „Spitzfußstellung", daneben intakte Reflexe festgestellt. 8. 5. 1921 (offenbar ohne ersichtlichen Anlaß) „Fraktur des linken Ellenbogens", worauf Pat. „verzeihend-höflich und dankbar" reagierte. Oktober 1921 Fraktur mit starkem Callus geheilt, noch immer große allgemeine Bewegungsscheu, die psychogen gedeutet wird. November 1921 werden Klagen über die alten „Ohnmachten" vermerkt. Daneben: „Die Sehnen an Armen und Beinen seien zerrissen". Februar 1922 klagte Pat. fast nur noch über „Sehnenzerrungen", die ihr beim Heben beigebracht würden, sprach weniger von Magnetismus, war stets freundlich, „nachsichtig", zugänglich. Januar 1923 stellte eine eingehende körperliche Untersuchung eine ubiquitäre Knochenerkrankung fest, man dachte an Tumormetastasen in den Knochen, an Ostitis deformans oder fibrosa. Gleichzeitig fiel Tachykardie, Erbrechen und Hyperdrosis auf, die im Einklang mit basedowoidem Gesichtsausdruck und der bestehenden Struma thyreogen aufgefaßt wurden. 15. 4. 1923. Körperlicher Rückgang, völlige Hilflosigkeit, Decubitus, Ödeme, Zyanose, Abnahme der Diurese. 8. 5. Erbrechen, Tachykardie, sehr weicher Puls, „zweifellos thyreotoxisches Bild". 30. 5. 1923. Exitus unter zunehmender Herzinsuffizienz.

Sektionsprotokoll (Dr. *Bertsch*-Wiesloch): Anatomischer Be-

fund. Kleine, weibliche Leiche mit blasser, diaphaner Hautfarbe bei reichlicher Senkungstotenfleckenbildung[1]). Pupillen mittelweit, kreisrund. Hornhäute leicht eingetrocknet. Kopfhaar dünn, Zähne größtenteils defekt. Das Abdomen ist stark aufgetrieben, der Rippenbogen berührt die obere Beckenschaufel. Die Beine der Leiche sind in den Knien, ebenso in den Hüftgelenken gebeugt und liegen parallel zur linken Seite der Leiche geneigt (Jagdhundstellung). Die Haut der unteren Extremitäten ist ödematös. Beim Versuch, die Beine zu strecken, brechen beide Femurknochen durch. Am rechten Oberarm ist das distale Drittel spindelförmig aufgetrieben, am linken Oberarm steht das Ellbogengelenk nach hinten subluxiert. Beim Beugeversuch bricht auch hier der linke Humerus durch. Bei vorsichtiger Bewegung der Vorderarme und Unterschenkel gelingt es, eine leicht federnde Biegung der Extremitätenknochen zu erzielen. Das Sternum ist im Corpusanteil eingesunken. Beim Eröffnen der Bauchhöhle tritt das stark geblähte Colon aus derselben hervor, während der gesamte Dünndarm vollkommen kollabiert ist und halskrausenartig gewellt am Mesenterium hängt. Das Omentum ist ziemlich fettarm. Im kleinen Becken ausgedehnte synechiale Strangbildungen zwischen Blase, Ligamentum latum und Rectum bezw. Flexura sigmoides. Appendix: o. B. Solitärer Verwachsungsstrang zwischen Gallenblasenfundus und Flexura coli dextra. Der untere Leberrand schneidet mit dem Rippenbogen ab. Die Muskulatur des Rumpfes ist schlaff, feucht und gelblich-rot gefärbt. Mammae atrophisch. Die Rippen sind in Knorpelabschnitten auch leicht durchtrennbar. Die ersten Rippen ziemlich stark kalkhaltig. Zwerchfellstand: R. 4. — L. 5. Rippe. In beiden Pleurahöhlen kein Erguß. Die Lungen liegen, als kleine, schlaffe Körper längs der Wirbelsäule zusammengeschrumpft, jedoch ohne jegliche Verwachsung der beiden Pleurablätter. Das Thoraxinnere erhält ein eigenartiges Gepräge dadurch, daß die Rippen beiderseitig in einer etwa mittleren Axillarlinie entsprechenden Linie fortlaufend von oben nach unten eingeknickt sind und so gewissermaßen jede Pleurahöhle ihrerseits noch einmal einen ventralen und dorsalen Abschnitt erhält, in welch letzterem die kleinen Lungen eingeschlossen liegen. Die Knickungsstellen der Rippen reichen bis dicht an das Mediastinum bezw. die Wirbelsäule heran. Das Herz liegt frei im Herzbeutel, der seinerseits eine glatte, spiegelnde Innenwand besitzt und nur wenige ccm einer klaren, serösen, gelblichen Flüssigkeit enthält. Das Herz ist etwas größer als die rechte Faust der Leiche, zeigt ein glattes, wenig fettunterlagertes Perikard ohne Petechien. In den Herzhöhlen findet sich reichlich dunkelrotes, flüssiges Blut und wenig Cruor, jedoch keinerlei Speckhautgerinnsel. Das Wandendokard ist zart, glatt, in der linken Kammer im Bereich der Aortenausflußbahn etwas weißlich verdickt. Am Klappenapparat des Herzens finden sich keinerlei Veränderungen. Das Foramen ovale ist geschlossen. Das Myokard ist blaßbräunlichrot, fest, ohne Flecken- oder Schwielenbildungen. Die Herzkammern erscheinen leicht erweitert. Wanddicke: R. 4 mm, L. 12 mm. Die Coronararterienabgänge sind weit, die Gefäße selbst von einer zarten Intima ausgekleidet, die nur an einzelnen Stellen kleine, gelbe Fleckchen zeigt. Herzgewicht 250 g. Die Aorta ist von ent-

[1]) reduzierter Ernährungszustand.

sprechender Weite, in ihrem Brustteil von reichlichen beetförmigen, gelblichweißen Einlagerungen durchsetzt. Ihre Elastizität ist nicht vermindert. Die Lungen sind klein, leicht, schlaff und teigig. Ihr Pleuraüberzug glatt, spiegelnd, mit reichlich rußdurchsetzten Lymphgefäßen. Ebenso sind die Hilusdrüsen stark anthrakotisch durchsetzt. Das Lungenparenchym ist auf dem Schnitt feucht, hell- bis dunkelrot, allenthalben lufthaltig. An den Gefäßen und Bronchien nichts Abnormes. Am Zungengrund auffallend große Papillen. Tonsillen hyperplastisch, ebenso finden sich am Pharynx dichtgestellte, grauweiße, warzige, submuköse Knötchen und Knoten in reichlicher Menge, die sich auch auf die Schleimhaut des oberen Ösophagus fortsetzen. Zu beiden Seiten der Trachea, deren Schleimhaut keine Veränderungen zeigt, zahlreiche anthrakotisch durchsetzte Lymphdrüsen. An der Stelle des Thymus findet sich nur ein Fettkörper. Die Schilddrüse besteht aus zwei faustgroßen, derben Lappen, die auf dem Schnitt eine grob- und feinknotige Beschaffenheit zeigen. Die einzelnen Knoten sind zum Teil aus derbem Gewebe zusammengesetzt, während andere deutlichen Blut- und Kolloidgehalt zeigen. Milz: 9,5 : 4,5 : 2 cm, 70 g schwer, von mittlerer Konsistenz mit schiefergrauer, leicht gerunzelter Kapsel. Auf dem Schnitt ist das Milzgewebe graurot, ziemlich fest, mit deutlichen Follikeln und Trabekeln. Die Nebennieren sind von ziemlicher Größe und fester Konsistenz. Auf dem Schnitt tritt die hellgelbe, gleichmäßig gehaltene Rindenzone deutlich hervor, welche durch einen feinen, braunroten Pigmentstreifen von dem festen, 2 mm breiten, grauroten Marklager getrennt wird. Die Nieren sind leicht aus den fibrösen Kapseln auslösbar, zeigen eine glatte, graurote Oberfläche mit deutlichen Venensternen. Auf dem Schnitt ist Rinden- und Markzone deutlich unterscheidbar, beide von entsprechender Breite. Die linke Niere enthält in ihrem oberen Pol in je einem Markkegel einen zirka erbsengroßen, rundlichen, festen, grauweißen Herd [1]). An Nierenbecken, Ureteren und Harnblase, ebenso an der Urethra nichts Besonderes. Vagina eng, mit glatter, grauer Schleimhaut ausgekleidet. An der Portio uteri ein spaltförmiges Orificium externum mit etwas geröteter, rauher Schleimhaut bekleidet. Der Uteruskörper und das rechte Ovar fehlen, an ihrer Stelle findet sich ein derbes, strahlig vernarbtes Bindegewebe im Cavum Douglasii. Das linke Ovar ist ziemlich derb, grauweiß mit höckeriger Oberfläche, an der Basis finden sich einzelne zystische Gebilde. Auf der Schnittfläche ist das Ovar diffus grauweiß, mit einzelnen helleren, knotigen Gebilden durchsetzt. Ovarlänge: 28 mm, Breite: 16 mm. Rectum, Colon: o. B. Die Schleimhaut des Dünndarms ist stellenweise stärker injiziert. Im unteren Ileum findet sich eine deutliche Vermehrung des follikulären Apparates, besonders die *Payer*schen Plaques sind auffallend hypertrophisch. Magen, Duodenum und unterer Ösophagus: o. B. Pankreas: derb, körnig, graurot. Die Leber zeigt eine glatte, braunrote Kapsel, ist von mittlerer Konsistenz und zeigt auf dem Schnitt eine deutliche Läppchenbildung mit braunroten Zentren und einem zierlich verflochtenen, hellgelben, peripheren Netzwerk. Lebergewicht: 710 g. Die Gallenblase enthält fadenziehende, dunkelgrüne Galle mit einzelnen kleinen, krümeligen Kon-

[1]) Nierengewicht: r. und l.: 250 g.

krementen. Die Schleimhaut ist samtartig. In den übrigen extrahepatischen Gallenwegen etwas hellere und dünnflüssigere Galle bei zarter Schleimhautauskleidung. Auch bei der Sektion der Bauchhöhlenorgane ist der reichliche Gehalt an dünnflüssigem, dunkelrotem Blut mit nur wenigen Cruormassen bei völligem Fehlen von Gerinnselbildungen auffällig. Die weichen Schädelbedeckungen zeigen keine Besonderheiten. Beim Durchtrennen derselben fließt auch hier reichlich dünnflüssiges, dunkelrotes Blut ab. Der Schädelknochen ist außerordentlich leicht sägbar. Das Schädeldach ist dolichozephal, sehr leicht. Die Diploë ist deutlich ausgebildet und enthält dunkelrotes Mark. An den Nahtstellen sowie an der Konfiguration des Schädeldaches nichts auffälliges. Die Dura mater ist ziemlich stark gespannt, wenig durchsichtig und grauweißlich. Nach dem Durchtrennen derselben fließt ziemlich reichlich Liquor ab. Im Sinus long. sup. nur flüssiges Blut in den hinteren Abschnitten. Ebenso enthalten auch die übrigen Durasinus nur flüssiges Blut. Die Innenfläche der harten Hirnhaut ist weißlich glänzend ohne Auflagerung. Nur im basalen Anteil derselben finden sich einzelne kleine petechiale Blutaustritte. Von der Schädelbasis ist die Dura leicht abziehbar. An der Sella turcica zunächst nichts auffälliges. Ihr Längsdurchmesser beträgt 13, ihr Querdurchmesser zirka 12 mm. Es gelingt ohne Schwierigkeit, die Hypophyse samt Türkensattel mit dem Messer aus der Schädelbasis herauszuschneiden. Auf dem Querschnitt durch Türkensattel und Hypophyse erscheint letztere in ihrem Vorderlappen etwas atrophisch, der Hinterlappen ist größer, weicher, grauweißlich und zeigt in der Gegend des Hypophysenstiles eine weißliche, markige, ziemlich scharf umschriebene knotige Einlagerung. Die Pars anterior dagegen ist von grauroter, ziemlich gleichmäßiger Schnittflächenbeschaffenheit. Die Hypophyse mißt in ihrem Längsdurchschnitt 12 mm, in ihrer Dicke 6 mm und im Querdurchmesser 12 mm. Aus den übrigen Abschnitten der Schädelbasis gelingt es ebenfalls leicht mit dem Messer einzelne Knochenscheiben herauszuholen, so aus dem Felsenbein, der Hinterhauptschuppe und der Gegend des Foramen magnum. Eine stärkere Deformität der Konturen der Schädelbasis ist nirgends erkennbar. Ebenso ist das Sternum und zwar in seiner Knochensubstanz leicht biegsam und schneidbar. Das Mark desselben ist dunkelrot und ziemlich weich. Auch die Knochen der Rippen sind äußerst biegsam und brechen leicht ein. Aus der stark kyphoskoliotischen Wirbelsäule kann man ebenfalls mit dem Messer ohne Schwierigkeiten Scheiben entnehmen, die neben einer ziemlich großmaschigen, wabenartigen Struktur der Knochenbälkchen dunkelrotes festeres Mark enthalten. Das Promontorium springt stark in das Becken vor, desgleichen die Gegenden der Hüftgelenkspfannen. Auch die Beckenknochen lassen sich mit Leichtigkeit mit dem Messer durchstoßen und trennen. An den Femurdiaphysen ist die Markhöhle beträchtlich erweitert und enthält himbeerrotes, aufgelockertes, weiches Knochenmark, daneben finden sich in der Markhöhle auch Partien, welche Inseln von gequollenem, gelbem Fettmark enthalten. Die Spongiosa des Knochens ist grobmaschig, an verschiedenen Stellen mit deutlicher rarefizierender Höhlenbildung. Die Kompakta des Knochens ist stark verschmälert und umhüllt als dünne brüchige

Schale die Markhöhle. Im distalen Drittel des rechten Humerus findet sich eine derbe, weißliche Periostauflagerung. An dieser Stelle ist auch die Markhöhle durch eine weißliche diffuse, fibröse Masse durchsetzt. Die Extremitätenmuskulatur ist auffallend trübe und braunrot bei ziemlich fester Konsistenz. Im Behaarungstyp des Körpers außer der auffallenden Dünne des Kopfhaares nichts auffallendes. Am Gehirn finden, sich zarte Meningen, die nur im Bereich der Hinterlappen etwas durchfeuchteter erscheinen. Die Hemisphären des Großhirns sind symmetrisch, die Windungen leicht abgeplattet. An der Hirnbasis zarte Gefäße. Hirngewicht: 1250 gr. Auf Frontalschnitten erscheinen die Seitenventrikel des Großhirns etwas erweitert, was besonders auch am Cavum septi pellucidi in Erscheinung tritt. Die Ventrikel selbst sind von zartem Ependym ausgekleidet. Die Hirnsubstanz ist ziemlich feucht, die zahlreichen Blutpunkte zerfließen auf der Schnittfläche sofort. Dabei ist die Konsistenz der Hirnsubstanz ziemlich fest. An der Hirnrinde nichts besonderes, ebenso auch an Stammganglien, Pons, Kleinhirn und Medulla *oblongata* keine Besonderheiten.

Anatomische Diagnose: Osteomalacia (rubra). Status lymphaticus. Struma nodosa, kolloides (basedowificata ?). Adenom[1]) (?) der Hypophyse. Mäßige Hypertrophie und Dilatation des Herzens. Mäßige Sklerose der Aorta. Aplasie und Anthrakosis der Lungen. Hydrops anasarca. Markfibrom der linken Niere. Hydrocephalus internus und Erweiterung des Cavum septi pellucidi. Hirnödem. Mangelhafte Gerinnbarkeit des Leichenblutes (Hypinose?).

Zusammenfassung: Von jeher gegen Krankheiten sehr anfällige Frau, multipar, letzter Partus mit 36 Jahren, erkrankt im 43. Lebensjahr mit einer chronischen paranoiden Schizophrenie, im 53. Lebensjahr mit einer schleichenden Osteomalacie, die bis zum Tode — 4 Jahre lang — langsam fortschreitet. Verschiedene innersekretorische Störungen ziehen sich durch den ganzen Krankheitsverlauf: im 38. Lebensjahr Myome als Ausdruck ovarieller Dysfunktion, späterhin beherrscht die Schilddrüsenstörung das Bild. Diese ist möglicherweise schon für die seit dem 23. Lebensjahr bestehenden vasomotorischen Störungen verantwortlich zu machen, obwohl diese „Anfälle" „hysterisch" genannt wurden und zur Zeit der gynäkologischen Behandlung (1905) Struma „ohne Basedowsymptome" festgestellt war. Dafür spricht, daß die „Anfälle" während des veränderten Graviditätsstoffwechsels zessierten, aber späterhin auch nach Ausbruch der Psychose unablässig sich wiederholten, bis schließlich die thyreotoxischen Symptome massiv und unverkennbar zutagetraten (Tachykardie, Schweiße, Haarausfall, Basedowgesicht usw.). Bemerkenswert ist, daß die Pat. halbseitig kastriert war[2]). Auch ist die relativ starke Beeinflussung des psychotischen Verhaltens der Pat. durch das unerkannte Leiden von Interesse; der ausgesprochen paranoidablehnende Autismus ging in ein hilfesuchendes, zugängliches Verhalten

[1]) Adenomverdacht mikroskopisch nicht bestätigt; lediglich colloidgefüllte Räume der Pars intermedia.

[2]) Pat. war allerdings klimakterisch, doch sah *Sellheim* (cit. n. *Aschner*) auch bei einer 54-jährigen Frau noch einen Kastrationserfolg.

über, die „Hypnosestimmen" verschwanden gegenüber den „Magnetzerschneidungen, Zerrungen und Sehnenzerreißungen" ganz in den Klagen der Pat. Trotz dieser hinterher sinnfälligen psychischen Hinweise blieb das Leiden infolge seines schleichenden Verlaufs mehr als drei Jahre unerkannt.

Der pathologisch-anatomische Befund zeigt außer dem bestehenden Status lymphaticus Veränderungen der Hypophyse wie der Thyroidea; die Epithelkörperchen und Nebennieren sind leider nicht untersucht.

3. Fall. Katharina H., Bäckersfrau, geb. 26. 9. 1877 in Neusatz bei Bühl (am Schwarzwald). Keine erbliche Belastung, gesunde Entwicklung, gute Schulleistung; tüchtige Hausfrau, lebte seit 1901 in schwieriger Ehe mit Potator, der seit dem Krieg wegen Tuberkulose Rente bezieht. Periode seit dem 15. Lebensjahr, stets von psychischen Schwankungen begleitet. 3 Partus, letzter 1910, normal; 2 Kinder leben, das älteste gestorben, etwa 1911 durch Unglücksfall. Seither zunehmende psychische Veränderung, die besonders zur Zeit der Menses sich in Stuporzuständen und Reizbarkeit manifestierte. War nie in Anstalt. Seit 1918 schleichende Entwicklung einer Osteomalacie, die im August 1921 anläßlich Rentenbegutachtung radiologisch und klinisch festgestellt wurde im hiesigen Beobachtungskrankenhaus. Ihrer psychischen Auffälligkeit (stuporöses Verhalten mit einzelnen Erregungszuständen) wegen kam die Kranke vom 10. 11. bis 14. 12. 1921 in die hiesige psychiatrische Klinik; sie wollte sich im Beobachtungskrankenhaus die Nasenlöcher mit dem Taschentuch zubinden, gab auch optische und akustische Sinnestäuschungen an.

Hier bot die Kranke das Bild eines katatonen Endzustandes. Sie zeigte eine außerordentlich geringe Mimik und trug eigentlich stets ein stereotypes, pfiffig-wissendes Lächeln um die Mundwinkel. Affektiv war sie völlig stumpf und verriet für nichts Interesse; sie hockte teilnahmslos zusammengesunken im Bett, schloß sich an niemanden an und war von der Tatsache ihrer Internierung offenbar gar nicht berührt. Bei Explorationen war nicht viel aus der Kranken herauszubringen, sie erwies sich zwar als orientiert in jeder Beziehung und bewies eine intakte Funktion der Auffassung, des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit; sobald man sie aber auf ihre psychischen Störungen ansprach, sperrte sie in negativistischer Weise ab. Man ermittelte bei vielfachem Versuch immerhin, daß sie sich einer psychischen Veränderung einigermaßen bewußt war. Sie sei schon in der zweiten Schwangerschaft (1903) und späterhin des öfteren „nicht ganz recht" gewesen, sie habe auch „Gestalten gesehen" und „Stimmen und so allerlei" gehört. Sie ist nicht alteriert über diese zugestandenen Auffälligkeiten, sie sind ihr offenbar einerlei. Jedenfalls will sie nicht davon sprechen. Sie dissimuliert entschlossen und will sich nicht mitteilen. Selbst bezüglich des quälenden körperlichen Zustandes gewinnt man keinen Konnex mit ihr. Die hier beobachtete Menses verändern das Bild des stumpfen, fast stuporösen, autistischen Verhaltens nicht. Die Diagnose wurde auf Katatonie gestellt.

Die Diagnose Osteomalazie stützte sich auf den kurzschrittigen Watschelgang der kleiner gewordenen, zusammengesunkenen Kranken, auf die bestehende Skoliose der Wirkelsäule, die Druckempfindlichkeit

des Thorax, die elastische Zusammendrückbarkeit des deformierten Beckens, dessen Formveränderung und Kalkarmut außerdem radiologisch festgestellt war. Von Muskelstörungen findet sich nur ein Adduktorenspasmus erwähnt. Von dem übrigen somatischen Befund ist außer dem relativ geringen Körpergewicht (40,5 kg), dem blassen Aussehen und einer Aortenkonfiguration des Herzens nichts hervorzuheben. Die Angaben über die Drüsen innerer Sekretion, Blutbild und Untersuchung des Nervensystems sind, soweit vorhanden, belanglos; eine Angabe über die Schilddrüse ist zu vermissen, zumal die Kranke aus einer Gegend stammt, wo Strumen häufig sind. Die Genitalfunktion bot weder jetzt noch früher etwas krankhaftes.

Zusammenfassung: 44-jährige, multipare Frau, von jeher bei den Menses stimmungslabil, aber sonst sehr tüchtig und körperlich gesund. Seit dem 26. resp. 34. Lebensjahr in Schüben verlaufende Psychose mit irreparabler Wesensveränderung, die jetzt die Merkmale des schizophrenen Endzustandes zeigt. Seit dem 41. Lebensjahre chronisch verlaufende osteomalazische Erkrankung, die sich zu jetzt völliger Erwerbsunfähigkeit steigerte. Veränderungen an den Drüsen innerer Sekretion sowie Funktionsstörungen derselben sind nicht nachweisbar. Muskel- und Nervensystem ergeben keinen krankhaften Befund. Eine besonders schwere exogene Ernährungsstörung erscheint bei einer in ländlichen Verhältnissen lebenden Bäckersfrau nicht wahrscheinlich.

Epikrise: Es handelt sich bei allen drei Fällen um osteomalazische Erkrankungen ohne Einwirkung einer Gravidität, eines Puerperiums oder seniler Rückbildung. Sämtliche Kranke waren schon jahrelang psychotisch, ehe die Osteomalazie begann. Alle erkrankten in der Kriegs- oder Nachkriegszeit, wo eine gewisse Einseitigkeit oder Mangelhaftigkeit in der Ernährung nicht auszuschließen ist. Die Kranken stammen alle aus der Schwarzwaldgegend, zwei davon (1. und 2.) waren viele Jahre vor Beginn der Osteomalazie Insassen der Anstalt Wiesloch.

Bezüglich der mutmaßlichen Pathogenese der Osteomalazie enthält nur Fall 2 Hinweise auf innersekretorische Störungen. Hier wurde ausgesprochener Dysthyreoidismus festgestellt (außer dem abnormen anatomischen Hypophysenbefund, der klinisch nicht in Erscheinung getreten war); ferner bestand bei 2 früher eine ovarielle Dsyfunktion. Bei beginnender Osteomalazie war Pat. jedoch klimakterisch, ein Ovarialeinfluß also zweifelhaft.

Beide anderen Fälle standen noch vor der Klimax und zeigten eine zwar starke, aber qualitativ nicht gestörte Ovarialfunktion. Ein Zusammenhang der Osteomalazie mit dem Ovarium kann jedenfalls hier nicht erwiesen werden, zumal nicht in anbetracht der Spontanheilung des Falles 1 bei fortbestehender Ovarialtätigkeit. Auch auf sonstige innersekretorische Störungen fehlt im Falle 1 und 3 jeder Hinweis klinischer Art.

Es besteht vielmehr die beachtliche Tatsache, daß bei zwei von unseren Fällen von allen den Faktoren, die man gemeinhin hauptsächlich für die Entstehung der Osteomalazie verantwortlich macht, nicht ein einziger nachzuweisen ist. Es ist nichts von Belang aus den Krankengeschichten zu entnehmen, als der Umstand, daß beide Individuen an

chronischer Schizophrenie litten. Dies kann eine zufällige Koinzidenz sein. Unsere beiden Fälle legen aber die Annahme nahe, daß dem Zusammentreffen beider Krankheitsbilder eine ätiologische Verwandschaft zugrunde liegt. Man kann für unsere Fälle 1 und 3 an eine gemeinsame zentrale Schädigung als ätiologischen Faktor beider vorhandenen Krankheitsbilder denken. Daß dieser zentrale Faktor nicht der einzige für die Osteomalazie maßgebende ist, ist wahrscheinlich, zumal im Fall 1 die Osteomalazie bei weiterbestehender Psychose spontan heilte resp. remittierte.

Für die Osteomalazie als Nervenkrankheit im engeren Sinne, für die Symptomatologie der osteomalazischen Lähmungen und Muskelstörungen ergeben unsere Fälle leider keinen Beitrag; der einzige genau untersuchte Fall (1) hatte zur Zeit der hiesigen Untersuchung als klinisch geheilt zu gelten und zeigte keine Störungen des Muskel- und Nervensystems. Auch für die Therapiefrage sind unsere Fälle unergiebig; doch scheint die Spontanheilung des Falles 1 eine Mahnung zu größter Vorsicht zu enthalten, wenn man daran geht, ex juvantibus Schlüsse auf die Ätiologie des Leidens zu ziehen.

Literatur.

Aschner, Blutdrüsenerkrankungen des Weibes. Wiesbaden 1918.
Barbo, Osteomalazie bei Geisteskranken. Alg. Z. f. P. 66 S. 249.
Bauer, Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin 1921.
— Zur Klinik der Tetanie und Osteomalazie. W. kl. W. 1912 Nr. 45 S. 1780.
Biedl, Innere Sekretion. Wien-Berlin 1916.
Bleuler, Zur Ätiologie und Therapie der nicht-puerperalen Osteomalazie. M. m. W. 1893 Nr. 15.
Buttenwieser, Die galvanische Nervenerregbarkeit bei alimentärer Osteopathie. Z. f. d. ges. N. u. P. 1921, Nr. 63, S. 163.
Cramer, Ovar und Osteomalazie. M. m. W. 1909 Nr. 15.
Curschmann, Über Osteomalazie senil. und tarda. Med. Kl. 1911 Nr. 41, S. 1565.
— Über die mono- und pluriglandulären Symptomkomplexe der puerperalen Osteomalazie. Dtsch. Arch. f. kl. Med. 1919, 129, S. 93.
Edelmann, Über das gehäufte Auftreten von Osteomalazie und eines osteomalazieähnlichen Symptomkomplexes. W. kl. W. 1919 Nr. 4, S. 82.
Emmler, Über 61 Fälle von Osteomalazie der Heidelberger medizinischen Klinik. Diss. Heidelberg 1922.
Falta, Die Erkrankungen der Blutdrüsen. Wien 1913.
Fauser, Einige Untersuchungen und klinische Ausblicke auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik. D. m. W. 1912 Nr. 52.
— Weitere Untersuchungen auf Grund des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. D. m. W. 1913, Nr. 7.

Fauser u. Heddaeus, Histologische Untersuchungen der innersekretorischen Drüsen bei psychischen Erkrankungen. Z. f. d. ges. N. u. P. Nr. 74, S. 616.

Finkelnburg, Über Osteomalazie und Geisteskrankheit. A. Z. f. P. 1860, Nr. 17, S. 199.

Gudden, Über die Rippenbrüche bei Geisteskranken. A. f. P. 1869, II, S. 683

György, Die Kalkbehandlung der Tetanie ist eine Säuretherapie. Kl. W. 1922, S. 1399.

Haberkant, Osteomalazie und Dementia praecox. A. f. P. 1909, 45, S. 1.

Hitzenberger, Basedow und Osteomalazie. W. kl. W. 1919, Nr. 39, S. 970.

Hönnicke, Wesen der Osteomalazie uud seine therapeutischen Konsequenzen. Alte Sammlung V, 1904.

v. Höβlin, Die Schwangerschaftslähmungen der Mütter. A. f. P. 1905, Nr. 40, S. 445.

Imhof, Über Geisteskrankheit und Osteomalacie. Z. f. d. ges. N. u. P. 1913, Nr. 14, S. 137.

Kleist, Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredodegenerationen). Kl. W. 1923, Nr. 21, S. 962.

Klose-Nebenius: Osteomalazie und Dementia praecox. Med. Kl. 1911, Nr. 52, S. 2022.

Lackr: Über Knochenbrüchigkeit bei psychisch Kranken. A. Z. f. P. 1880, 37, S. 72.

Meyer, E.: Über die Rippenbrüche der Geisteskranken. A. f. P. 1897, 29, S. 850.

Naegeli: Über die Bedeutung d. Knochenmarks u. d. Blutbefunde für die Pathogenese der Osteomalazie. M. m. W. 1918, Nr. 21. Über- - Übersicht über die Symptomatik der Osteomalazie als innersekretorische plurigland. Erkrankung. M. m. W. 1918, Nr. 22. - - Über die Antagonismen von Chlorose und Osteomalazie als Hypogenitalismus und Hypergenitalismus. M. m. W. 1918, Nr. 23.

Neumann: Über die Knochenbrüche bei Geisteskranken. Diss. Berlin 1883.

Nonne: Über radiographisch nachweisbare akute und chronische Knochenatrophie bei Nervenerkrankungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntg.str. 1902, 5, S. 293.

Orzechowski: Über eine Epidemie von Osteomalazie im östlichen Kleinpolen (Ostgal.) in den Jahren 1918—1920. Ref. Tl. d. Zentralbl. f. d. ges. N. u. P. 1923, 31, S. 138.

Sauer: Ein Fall von Hunger-Osteomalazie und Tetanie. D. m. W. 1920, Nr. 2, S. 45.

v. d. Scheer: Beitrag zur Kenntnis der nichtpuerperalen Osteomalazie mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten Osteomalazie-Lähmungen. Z. f. d. ges. N. u. P. 1914, 26, S. 397.

Über einige wichtige Symptome im Anfang der Osteomalazie. Z. f. d. ges. N. u. P. Ref. Tl. 1914, 10, S. 740.

- - Osteomalazie und Psychose. A. f. P. 50, S. 845.

- - Die pathogenetische Stellung der Blutdrüsen in der Psychiatrie Z. f. d. ges. N. u. P. Ref. Bd. 10, S. 225.

Schleninger: Zur Kenntnis der gehäuften osteomalazieähnlichen Zustände in Wien. W. kl. W. 1919, Nr. 10, S. 245.

Schlesinger: Hunger-Osteomalazie und Tetanie. W. kl. W. 1919, Nr. 13, S. 336.
— Osteomalazie und osteomalazieähnliche Erkrankungen. W. kl. W. 1921, Nr. 18, S. 213.
Schmidt, R.: Über diaphoret. Heilverfahren bei Osteomalazie. W. kl. W. 1901, Nr. 27, S. 647.
Wagner v. Jauregg: Über Osteomalazie und Geistesstörung. Jb. f. P. 1890, 9, S. 113.
Wilmanns: Die Schizophrenie. Z. f. d. ges. N. u. P. 1922, 78, S. 325.
Zuntz: Über Osteomalazie. Berl. kl. W. 1912, Nr. 50, S. 2364.

Über Ehescheidung wegen Geisteskrankheit[1]).

Von

Dr. Xaver Nothaaß, Sonnenstein.

Das Bürgerliche Gesetzbuch brachte mit seinem § 1569 für ganz Deutschland eine einheitliche Rechtsprechung über Ehescheidung wegen Geisteskrankheit und machte somit der verschiedenartigen Gesetzgebung der einzelnen Länder — soweit diese eine Ehescheidung wegen Geisteskrankheit überhaupt kannten — ein Ende. Die Bedingungen, die die früheren Rechtsprechungen an die Geisteskrankheit stellten, waren im großen ganzen dieselben, wie sie der § 1569 später verlangte: die Krankheit mußte unheilbar sein und mehrere Jahre gedauert haben. Nur die Forderung des Landrechtes von Hannover, daß die Geisteskrankheit selbstverschuldet sein mußte, wenn sie zur Ehescheidung führen sollte, fand in der neuen Gesetzgebung begreiflicherweise keinen Platz mehr. (Zit. nach *Hofmann*, Zeitschr. f. Psych. usw. Bd.76.) In seiner endgültigen Fassung lautete der § 1569 schließlich, daß eine Geisteskrankheit vorliegen muß, die während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und zur Zeit der Eheschließung einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben und jede Aussicht auf Wiederherstellung derselben ausgeschlossen ist.

Was will nun der Gesetzgeber hier unter dem Begriff der Geisteskrankheit, deren genaue Definition von ihm wohl mit Absicht vermieden worden war, verstanden haben? Eine reichsgerichtliche Entscheidung weist ausdrücklich darauf hin, daß mit dem Ausdruck „Geisteskrankheit" weder in der Frage der Entmündigung noch bei der Ehescheidung eine klinische Diagnose gegeben werden sollte. Daraus folgt jedoch nicht, daß die Begriffe, die der Geisteskrankheit des § 6 und der des § 1569 zugrunde liegen, identisch sein müssen.

[1]) Aus der Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein: Direktor Geh. Med.-Rat Dr. *Ilberg*. Vortrag, in dem psychiatrisch-forensischen Verein zu Dresden gehalten.

Das Gesetz verlangt jedenfalls nicht, daß der geisteskranke Ehegatte zur Zeit der Ehescheidung entmündigt zu sein braucht oder zur Einleitung des Ehescheidungsverfahrens der vorgängigen Entmündigung bedarf. Demgemäß ist es auch nicht nötig, eine bereits vorliegende Entmündigung wegen Geistesschwäche in eine solche wegen Geisteskrankheit umzuwandeln. Ist der geisteskranke Ehegatte prozeßunfähig, so kann er sich durch einen ihm zur Führung des Rechtsstreites bestellten Pfleger vertreten lassen. In der großen Mehrzahl der Fälle wird jedoch die Geisteskrankheit, die zur Ehescheidung führt, auch die Voraussetzungen des § 6 erfüllen, und diesen Standpunkt vertrat auch das Reichsgericht und die meisten Kommentare. Erst in einer Entscheidung vom Jahre 1916 weicht es von dieser seiner früheren Auffassung ab. Nach dieser letzten Entscheidung deckt sich Geisteskrankheit im Sinne des § 1569 nicht mit Entmündigungsreife. Dieser Ansicht ist auch *Hübner* in seinem Eherecht der Geisteskranken und Nervösen beigetreten, wo er in zwei Beispielen den Unterschied zwischen der Geisteskrankheit des § 6 und der des § 1569 klar zu machen sucht. In dem einen Falle handelt es sich um einen Paranoiden, der infolge seiner Wahnvorstellungen bestritt, mit seiner rechtsgültig getrauten Frau jemals verheiratet gewesen zu sein, und schließlich gegen Frau und Kinder eine solche feindselige Haltung einnahm, daß die geistige Gemeinschaft als aufgehoben angesehen werden mußte. Dabei war er ein stiller, seiner Arbeit fleißig nachgehender Mensch, der seine Angelegenheiten wohl zu besorgen imstande war. Der zweite Fall betrifft einen Paralytiker, der seine intellektuellen Fähigkeiten weitgehendst eingebüßt hatte und wegen Geisteskrankheit entmündigt werden mußte, dabei aber noch mit großer Liebe an Frau und Kindern hing, so daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten nicht aufgehoben war. Diese beiden Beispiele sind wohl geeignet, den prinzipiellen Unterschied zwischen den beiden Begriffen zu unterstreichen, wenn auch der die Pflichten gegen seine Familie vernachlässigende Paranoide dadurch einen Teil seiner Angelegenheiten fraglos nicht mehr zu besorgen imstande ist und die Ehe mit einem dementen Paralytiker trotz dessen Anhänglichkeit zu Frau und Kinder die geistige Gemeinschaft wahrscheinlich vermissen läßt. Doch ist es zweifelsohne richtig, die beiden Begriffe nicht zu identifizieren, sondern einen Unterschied zu machen, der von *Hübner* kurz dahin präzisiert wird, daß in dem einen Falle der Defekt mehr auf rechtsgeschäftlichem, im anderen Falle mehr auf ethischem Gebiet liegt.

Mit der Bestimmung, daß die Geisteskrankheit während der Ehe 3 Jahre gedauert haben muß, war es dem Gesetzgeber offenbar darum zu tun, den Schwierigkeiten, den manche Krankheitsfälle der psychiatrischen Prognose bieten, Rechnung zu tragen. Als Zeitpunkt des Beginns der Geisteskrankheit gelten nicht die ersten Krankheitserscheinungen, in denen der Facharzt das Vorstadium einer sich entwickelnden geistigen Störung sehen kann, sondern das Auftreten ausgesprochener Symptome seelischer Erkrankung, wie Erregungszustände oder Wahnvorstellungen, weil ja erst solche zu der später noch zu besprechenden Aufhebung der geistigen Gemeinschaft führen. Mit dieser Entscheidung des OLG. Jena wird also ein prinzipieller Unterschied gemacht zwischen dem Beginn der Geisteskrankheit im klinischen Sinne, der für die Anwendung des § 1569 belanglos ist und dem Beginn der Erkrankung im juristischen Sinne, nach dem allein die dreijährige Frist zu berechnen ist. Die Frage, ob die 3 Jahre zur Zeit der Einreichung der Klage oder der Urteilsfällung abgelaufen sind, wird wohl in der Praxis keine sehr große Rolle spielen, da in den meisten Fällen der klagende Ehegatte erst nach Ablauf der gesetzlichen Frist seine Klage einreichen dürfte. Nach einer OLG.-Entscheidung brauchen die 3 Jahre nicht am Tage der Klageerhebung, sondern erst am Tage der Urteilsfällung abgelaufen zu sein.

Auch die ununterbrochene Dauer der Erkrankung während dieser 3 Jahre wird in der Regel praktisch keine Schwierigkeiten machen. Die allgemeine Ansicht geht dahin, daß es ein und dieselbe Krankheit sein muß, die während der 3 Jahre vorhanden war. Daß im Laufe dieser Frist Schwankungen in der Stärke der Krankheitserscheinungen auftreten können, tut nichts zur Sache. Remissionen einer Paralyse oder Besserungen im Verlauf einer Dementia praecox bedeuten keine Unterbrechung der Erkrankung. Auch die Einrechnung der Zwischenzeit zwischen zwei Anstaltsverwahrungen in die dreijährige Frist ist nach einer reichsgerichtlichen Entscheidung nicht ausgeschlossen. Dagegen ist es nicht angängig, längere Zeiträume völliger Gesundung, wie sie sich z. B. zwischen zwei Anfällen des manisch-depressiven Irreseins einschieben können, in die gesetzliche Frist einzurechnen.

In der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft liegt die „Hauptschwierigkeit des ganzen Paragraphen" (*Lenel*), zumal da das Gesetzbuch dem Begriff der geistigen Gemeinschaft keine nähere Definition mit auf den Weg gegeben hat. So hat dieser Begriff im Laufe der Jahre extrem verschiedene Auslegungen durch die einzelnen Ge-

richtshöfe erfahren müssen. Anfänglich stoßen wir in den gerichtlichen Entscheidungen häufig auf die Auffassung, daß die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft dem geistigen Tode gleichzusetzen sei, worin sich noch die schweren Bedenken und der ernste Widerspruch spiegeln, die der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit entgegenstanden. So heißt es z. B. in einer OLG.-Entscheidung von 1901: Das Gericht hält nach der Entstehung des § 1569, der im Reichstag erst in dritter Lesung und mit schwacher Mehrheit angenommen wurde, die Annahme für berechtigt, daß unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten nichts anderes gemeint sei, als was unter dem bildlichen Ausdruck des geistigen Todes als einem Analogon des körperlichen Todes zu verstehen sei, also ein Zustand völliger geistiger Umnachtung, völliger Verblödung, ein Zustand animalischen Hinvegetierens, in dem der kranke Ehegatte das Bewußtsein vom Bestehen einer Ehe verloren hat. Ähnlich drückt sich das OLG. Hamburg im Jahre 1909 aus, wenn es tiefste geistige Umnachtung fordert, welche dem kranken Ehegatten das Bewußtsein nimmt, von dem andern Teil lieblos verlassen zu sein. Auch *v. Plank* weist auf die Absicht des Gesetzgebers hin, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit möglichst zu erschweren und sie auf Fälle zu beschränken, in welchen den zu scheidenden Geisteskranken sicher kein Schaden erwachse und er die Härten einer solchen Schädigung gar nicht mehr fühle. Die geistige Gemeinschaft besteht so lange, als der geisteskranke Ehegatte eine Betätigung der Liebe von dem andern Ehegatten noch empfinden kann (zit. nach *H. Hoffmann*, Zur Frage der Ehescheidung wegen Geisteskrankheit, Bd. 76, Ztschr. f. Psych.).

Nach und nach hat nun in den letzten Jahren eine wesentlich mildere Auffassung von der Aufhebung der geistigen Gemeinschaft Platz ergriffen, wie aus späteren Entscheidungen unverkennbar hervorgeht (*Hübner*, Lehrbuch der forensischen Psychiatrie S. 534). Nach einer solchen (RG. 16. 2. 11) ist die geistige Gemeinschaft dann aufgehoben, wenn z. B. infolge von Wahnvorstellungen das zum Zusammenleben unbedingt notwendige gegenseitige Vertrauen und Verständnis ausgeschlossen und ein gemeinsames Fühlen und Denken unmöglich gemacht ist, so daß eine tiefinnerliche Entfremdung der Ehegatten eingetreten ist. *Staudinger* definiert in seinem Kommentar die geistige Gemeinschaft als Sorge um das gegenseitige Wohlergehen, die Teilnahme an dem geistigen Leben des anderen Ehegatten und insbesondere das Interesse an der körperlichen, geistigen und sittlichen Entwicklung der gemeinschaftlichen Kinder. *Lenel* verlangt

von der geistigen Gemeinschaft neben dem gemeinsamen Denken und Fühlen noch einen übereinstimmenden Willen, diese gemeinsamen Interessen zu fördern. Am vollkommensten ist endlich die Definition *Hoches* (Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie), der sich mit dem Vorhandensein eines gemeinsamen Willens nicht begnügt, sondern die geistige Fähigkeit fordert, die durch die sittliche Grundlage der Ehe begründeten beiderseitigen Pflichten und Rechte zu erfassen, zu empfinden und zu betätigen. Ähnlich wie der Begriff der Angelegenheiten des § 6 in Unterabteilungen zergliedert wurde, hat *Hübner* auch den Begriff der geistigen Gemeinschaft in zwei Komponenten geteilt, eine materielle, die Besitz und Kindererziehung umfaßt, und eine ideelle, welche Gemeinsamkeit in Freud und Leid verlangt." (*Hübner*, Eherecht der Geisteskranken und Nervösen S. 72). Ganz neue Gesichtspunkte und eine immer breitere Basis bringen weitere Entscheidungen, die nicht nur den objektiven Standpunkt des geisteskranken Ehegatten geprüft haben wollen, sondern auch den des gesunden, dessen Anschauungen und Empfindungen sowie Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse der Streitteile insbesondere der durch die langjährige Trennung bedingten pekuniären Verhältnisse der Parteien und die sich endlich von sozialen und rassehygienischen Rücksichtnahmen leiten lassen, indem durch Zulassung der Ehescheidung einerseits die Gefahren abgewendet werden sollen, die den Kindern aus der Fortsetzung der Ehe drohen, anderseits dem klagenden Ehegatten die Möglichkeit gegeben werde, eine neue Ehe zu schließen. Wie wenig die Definition der Geisteskrankheit des § 1569 als Aufhebung der geistigen Gemeinschaft dazu angetan war, eine einigermaßen einheitliche Auslegung dieses Begriffes zu gewährleisten, zeigt eine Nebeneinanderstellung gegensätzlicher Urteilsbegründungen. So sah ein OLG. darin, daß der Beklagte, ein mehrjähriger Anstaltsinsasse ohne Interessen an Frau und Kind, durch Kopfschütteln zum Ausdruck brachte, daß ihm die Scheidung nicht gleichgültig sei, wohl eine Abschwächung, aber keine Aufhebung der geistigen Gemeinschaft, während ein anderes OLG. gerade in dem Wunsche des Kranken, verheiratet zu bleiben, noch keinen Beweis für die geistige Anteilnahme an der Ehe fand.

Daß eine räumliche Trennung, wie sie durch einen Anstaltsaufenthalt notwendig wird, allein noch nicht genügt, die geistige Gemeinschaft aufzuheben, war auch bereits Gegenstand einer gerichtlichen Entscheidung, die darauf hinwies, daß geistige Gemeinschaft auch auf dem Wege brieflicher Aussprache betätigt werden könne.

Die Notwendigkeit einer solchen Auffassung ergab sich schon aus der Erwägung, daß ja dann auch langjähriger Krankenhausaufenthalt wegen körperlicher Erkrankung schließlich infolge der dadurch bedingten Trennung von der Familie zu einer Aufhebung der geistigen Gemeinschaft führen könnte.

Neben Aufhebung der geistigen Gemeinschaft muß auch jede Aussicht auf Wiederherstellung derselben ausgeschlossen sein. Demnach verlangt das Gesetz nicht, daß keine Möglichkeit auf Wiederherstellung der Gemeinschaft vorhanden sein darf, sondern es spricht nur von einer Aussicht auf Wiederherstellung. Unter dieser Aussicht versteht *Lenel* eine nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft begründbare Aussicht. Es müssen also im Krankheitsbild Anzeichen vorhanden sein, aus denen erfahrungsgemäß auf eine baldige Besserung oder Genesung geschlossen werden kann. Fehlen solche, dann kann nicht von einer Aussicht auf Wiederherstellung gesprochen werden. Auch eine kürzlich ergangene Entscheidung des Reichsgerichtes macht einen Unterschied zwischen Möglichkeit und Aussicht. Sie spricht davon, daß eine Möglichkeit schon deswegen häufig nicht ausgeschlossen werden kann, weil die menschlichen Erkenntnismittel unzulänglich sind und der menschliche Einblick in das Wirken und Walten der Natur trotz aller Fortschritte unvollkommen bleibt. Im Gegensatz dazu ist eine bestimmte Aussicht erst dann als nicht ausgeschlossen anzunehmen, wenn ein irgendwie greifbarer Anhalt für ihre Verwirklichung besteht.

Wie verhalten sich nun die einzelnen Geisteskrankheiten zu den Voraussetzungen des § 1569? Keine Schwierigkeiten werden dem Gutachter alle jene Fälle bereiten, wo es sich um stärkere Grade erworbenen Schwachsinnes handelt, wie bei der Paralyse, den senilen und arteriosklerotischen Erkrankungen, der epileptischen und schizophrenen Demenz. Nicht selten werden diese Kranken Zustandsbilder darbieten, bei denen die strengsten Anforderungen erfüllt sind und ohne weiteres vom geistigen Tode gesprochen werden kann. Erheblich schwieriger gestaltet sich die Beurteilung jener Schizophrenien, deren Verlauf sich mehr subakut und in Schüben, die von weitgehenden Remissionen unterbrochen sein können, abspielt, und die auch nach Jahren noch nicht zu einer derartigen Abschwächung der Gesamtpersönlichkeit geführt haben, daß die Frage nach der Aufhebung der jetzigen Gemeinschaft sich von selbst beantwortet. Die Epilepsie wird bei selteneren Anfällen und nur hie und da einmal sich einschiebenden Dämmerzuständen nicht die Bedingungen des

Paragraphen erfüllen. Erst stärkere Häufung der Anfälle, zunehmende Verblödung, Erregungszustände mit Gewalttätigkeiten, zahlreiche Dämmerzustände dürften zu einer Aufhebung der geistigen Gemeinschaft führen. Bei der Imbezillität können es erst im Laufe der Jahre auftretende unsoziale Vorgänge, vor allem Sittlichkeitsdelikte sein, die unter Umständen eine Ehescheidung wegen Geisteskrankheit möglich machen lassen; bei chronischen Alkoholisten der Eifersuchtswahn und die *Korsakow*sche Psychose. Von der großen Gruppe der geistig Minderwertigen sind es vor allem Fälle von Dipsomanie, dann hoffnungslose, heruntergekommene Morphinisten, endlich Hysterische, die durch Eifersucht, Lügenhaftigkeit, sexuelle Unbeherrschtheit dem anderen Ehegatten das Leben zur Hölle machen und so die geistige Gemeinschaft vielleicht in höherem Grade beeinträchtigen als manche ausgesprochene Psychose. Die Paranoia mag dann zur Ehescheidung führen, wenn die Wahnvorstellungen, vor allem solche persekutorischer Art, sich gegen den gesunden Ehegatten und die Kinder richten und dadurch ein weiteres ersprießliches Zusammenleben unmöglich machen. Der Dementia praecox gegenüber, die neben der Paralyse wohl den Hauptteil der Ehescheidungen ausmacht, wird das manisch-depressive Irresein entsprechend seiner günstigeren Prognose nur in Ausnahmefällen zur Ehescheidung führen. Dort wird die Bedingung der ununterbrochenen Krankheitsdauer durch 3 Jahre nur dann erfüllt sein, wenn die einzelnen Krankheitsphasen ohne längere Zwischenräume ineinander übergehen, sich vielmehr in stetem Wechsel ablösen. Das Reichsgericht hat sich erst vor kurzem mit einer Ehescheidung wegen manisch-depressivem Irresein beschäftigt und die Scheidung abgewiesen, weil die freien Intervalle zwischen den einzelnen Krankheitsphasen bis zu 12 Jahren betrugen. Dagegen wird auf jene von *Hübner* angeführten Fälle von manischen Erregungen, die zum Verlassen der Familie, zu großen Reisen, sinnloser Geldvergeudung, Hochstapeleien und sexuellen Exzessen führen, besonders dann, wenn sie sich nach nur kurzer Beruhigung immer wiederholen, der Ehescheidungsparagraph fraglos Anwendung finden können. Man wird also beim manisch-depressiven Irresein „die Dauer der freien Zeiten, das eheliche Verhältnis in der Erkrankung und schließlich auch die Persönlichkeit im Intervall in Erwägung zu ziehen haben, wenn man zu einem gerechten Urteil kommen will" (*Hübner*, Das Eherecht).

Zwei eigene Fälle sollen einerseits die Schwierigkeiten dartun, welche die Beurteilung der manisch-depressiven Erkrankungen dem Gutachter

bieten, anderseits Härten aufzeigen, welche auch bei sorgfältigster Begutachtung unvermeidbar sind. In dem einen Falle handelt es sich um eine jetzt 38jährige, aus gebildeten Kreisen stammende Frau, die 1908 heiratete und im Alter von 25 Jahren, kurze Zeit nach dem ersten Wochenbett, zum ersten Mal psychisch erkrankte. Die Erkrankung verlief in Form einer gemütlichen Depression, die einige Monate dauerte und anscheinend in völlige Genesung überging. Schon 1911 war die zweite Erkrankung, ebenfalls eine Depression, die mit einem Versuch, zusammen mit ihrem Kind ins Wasser zu gehen, begann und nach etwa 4 Wochen abklang. Auch 1912 zeigten sich vorübergehend depressive Zustände. Im Oktober 1914 erfolgte ihre Aufnahme in eine Heil- und Pflegeanstalt, wo sie sich seitdem ohne Unterbrechung befindet, seit nunmehr fast 10 Jahren folgendes Krankheitsbild darbietend. Erregungen heiteren Charakters, in denen sie mit großem Rededrang und strahlender Miene phantastische Pläne entwickelt und sich nach Art manisch Kranker aufzuputzen pflegt, wechseln mit tiefen Schwermutszuständen, die sie vollkommen abweisend unter der Bettdecke steckend verbringt, durch impulsive Versuche, sich alle möglichen Schäden beizubringen, außerordentlich gefährdet. Dazwischen Zeiten völliger Ruhe, mit Handarbeit und Lektüre ausgefüllt, die manchmal nur Tage, manchmal Wochen dauern und sich wohl in nichts von den Tagen völliger Gesundheit unterscheiden. In diesen Zeiten ist Krankheitseinsicht und Selbstkritik vorhanden, auch Anteilnahme am Schicksal ihres Mannes und Kindes, wie aus ihren Reden und ihren formal und inhaltlich ausgezeichneten Briefen ersichtlich ist. Sie spricht dann sachlich und gefaßt über die bevorstehende Ehescheidung, die sie selbst ihrem Manne schon mehrfach vorgeschlagen hat, um ihm, wie sie sagt, den Weg zu neuem Glück freizugeben. In diesem Falle ist die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten sicherlich vorhanden in den allerdings nur kurzen Zeiten ruhigen Denkens und Fühlens,. und findet auch in der ungeschwächten Interessengemeinschaft, die sie mit ihrer Familie verbindet, einen starken Ausdruck. Sie ist aber zweifelsohne nicht vorhanden in den Tagen ausgesprochener Psychose und völliger geistiger Unzugänglichkeit. Sie ist auch dann nicht vorhanden, wenn man die auf breitere Basis gestellten Entscheidungen der letzten Jahre zugrunde legt, welche sich nicht begnügen mit der Bekundung von Anteilnahme, sondern vielmehr auch die praktische Betätigung der geistigen Gemeinschaft fordern, woran unsere Kranke durch die immer und immer wieder hereinbrechenden Phasen krankhafter Stimmungsschwankungen nunmehr seit 10 Jahren gehindert war und die schließlich auch die Rücksichtnahme auf die Lage des gesunden, noch im besten Mannesalter stehenden Ehegatten und die Erwägung sozialer und rassehygienischer Momente gestatten. Der ganze Verlauf der Psychose mit dem starken Überwiegen der Krankheitsphase über die ruhigen Zeiten berechtigen einen prognostisch ganz ungünstigen Fall des manisch-depressiven Irreseins anzunehmen, der es erlaubt, auch die Aussichten auf Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft zu verneinen, wenn man auch prinzipiell die Möglichkeit einer Genesung zugeben muß. Das Gericht hat sich den Ausführungen des Gutachters angeschlossen und die Ehe wegen Geisteskrankheit geschieden.

Der 2. Fall betrifft eine Landwirtsehefrau, die im Alter von 28 Jahren

zeitlich im Anschluß an die Einberufung ihres Mannes zum Kriegsdienst geistig erkrankte und zunächst die Erscheinungen eines Depressionszustandes darbot, zu dem sich im Laufe der folgenden Jahre schizophrene Symptome hinzugesellten. Mehrere Jahre lang lag die Kranke abweisend, widerstrebend, stumm und anscheinend völlig teilnahmlos unter der Bettdecke. 1915 erfolgte Entmündigung wegen Geisteskrankheit, Ende 1919 die Ehescheidung. An dem Vorliegen der Voraussetzungen des § 1569 war dem Gutachter kein Zweifel, da bei dem stuporösen Zustande der Kranken die geistige Gemeinschaft ausgeschlossen war und bei der Natur einer Dementia praecox eine Heilung unwahrscheinlich schien. Anfang 1921 setzte eine langsam zunehmende Besserung ein. Die Kranke entwickelte sich bald zu einer ausgezeichneten Hilfskraft auf der Abteilung, hatte volle Krankheitseinsicht und betrieb energisch brieflich und mündlich ihre Entlassung. Es gelang ihr schließlich, bei Verwandten unterzukommen, wo sie sich nun seit mehr als 2 Jahren befindet und den Haushalt besorgt. Die Nachbarschaft ihres inzwischen wieder verheiraten Mannes versprach sie gefaßt hinzunehmen und sich ins Unvermeidliche zu fügen. Wenn auch dem Sachverständigen noch diese oder jene Eigenheit an ihr auffällt, so erwies sie sich doch praktisch und sozial als geheilt und gerade in affektiver Hinsicht so wenig beeinträchtigt, daß sie in der vollzogenen Ehescheidung nicht die wirtschaftliche Schädigung sah, sondern nur Schmerz und Enttäuschung über das Vorgehen ihres Mannes empfand, der ihr, wie sie es auffaßte, die Treue gebrochen und sie in den schweren Stunden ihrer Krankheit im Stiche gelassen hatte.

Hofmann gibt in seiner erschöpfenden Kritik des § 1569 (Ztschr. f. Psych. Bd. 76) der Frage Raum, ob der Begriff der geistigen Gemeinschaft einer Änderung bedürftig ist, und beantwortet sie in durchaus bejahendem Sinne. Die nichts weniger als einheitliche Auslegung der geistigen Gemeinschaft durch die einzelnen Gerichtshöfe, die Schwierigkeiten, die daraus für den Gutachter erwachsen, lassen es fraglos wünschenswert erscheinen, der geistigen Gemeinschaft eine klare, die Rechte beider Ehegatten berücksichtigende Fassung zu geben. Sollte einmal eine grundlegende Änderung der gesetzlichen Bestimmungen über Ehescheidung wegen Geisteskrankheit in Frage stehen, so wird man sich in erster Linie darüber klar sein müssen, ob man in der Ehe ausschließlich eine religiös-sittliche Einrichtung sieht, wie es der jetzigen Rechtsauffassung entspricht oder ob man sich von rassehygienischen und sozialen Gesichtspunkten leiten läßt, was vielleicht einmal eine dringende Zeitforderung sein wird.

Über das Nachsprechen von Testworten bei einer in Rückbildung begriffenen motorischen Aphasie.

Von

Ladislaus Benedek (Debrecen) und **Paul Schilder** (Wien).

Johanna M., 31 Jahre alt, in der Klinik vom 26. 4. 23 bis 17. 5. 23, war im November 22 mit Schwindel erkrankt. Sie konnte die rechte Seite nicht rühren und 3 Wochen nicht sprechen. Die Sprache ist seither verwaschen. Pat. ist seit 4 Jahren verheiratet; keine Kinder, kein Abortus.

Körperliche Untersuchung: Innere Organe o. B.; Wassermann im Blut negativ, im Liquor schwach positiv, Pandy + +, Globulin 1 : 1 + +, 1 : 2 +, 1 : 3 +, Ges. Eiweiß 0,025, Zellzahl $3^1/_2$ (nach einem Bericht des behandelnden Arztes war im Januar der Wassermann stark positiv; Pat. wurde mit Quecksilber und Jod behandelt).

Schädel, Wirbelsäule o. B. Die Sprache ist undeutlich, verwaschen, darüber hinaus kommt es zu Verstümmelungen und Silbenauslassungen. Motorische Hirnnerven im übrigen o. B., nur steht das linke Auge in Schielstellung. Es handelt sich um eine alte Chorioretinitis, außerdem besteht an diesem Auge eine starke Herabsetzung der Sehschärfe. An beiden Augen besteht Neuritis optica. Mit Ausnahme einer geringen Verkürzung der Kopfknochenleitung ist der Befund am Gehörorgan normal. Vestibularis o. B., Geruch o. B. Die Patientin hat eine ausgesprochene Geschmacksstörung, nur bitter wird einwandfrei wahrgenommen. (Die Geschmacksstörung besteht nach den Angaben der Patientin erst seit ihrer Erkrankung.)

Kein Nystagmus. Pupillen weit, reagieren rompt, Cornealreflex rechts schwächer als links. Conjunctival-Gaumen-Rachenreflexe beiderseits +. Pat. gibt an, sich früher zeitweise verschluckt zu haben, derzeit ist der Schlingakt frei.

Keine sonstigen aphasischen und apraktischen Störungen. Die rechte Gesichtshälfte ist subjektiv hyperästhetisch. Im Gesamtbereich des Körpers keine Hypotonie, keine Paresen, keine Adiadochokinese, keine Koordinationsstörungen. Sämtliche Armreflexe +, r. = l. Bauchdeckenreflexe +, r. = l. Patellar- und Achillessehnenreflexe +, r. = l. kein Babinski, kein Oppenheim, kein Rossolimo; keine Kloni.

Sensibilität im Gesamtkörperbereich für sämtliche Qualitäten intakt. Blase, Mastdarm o. B.

Die genaue Untersuchung der Sprache ergibt: Pat. hat bei Test-

worten artikulatorische Schwierigkeiten. So sagt sie statt „Fleischpreissteigerung — Fleischspeichspeigerung". Einzelne Laute und Silben sind dabei verwaschen. Die Störung bei Testworten entspricht durchaus der paralytischen Sprachstörung. Sie läßt auch Silben aus, trotz wiederholten Vorsprechens. So läßt sie aus dem genannten Testwort bald Fleisch-, bald Preis- weg. Auch bei andern Testworten ähnliche Fehler. Aus dem Testwort „Donaudampfschiffschleppschiffahrtsgesellschaft" läßt sie Fahrtgesell- aus. Dabei weiß sie, was sie ungefähr ausgelassen hat. Sie sagt, sie könne es sich nicht merken. Nicht immer kann sie aber das sagen, was sie ausgelassen hat. Sie gibt dann dezidiert an, daß sie nicht weiß, was fehlt. Ein Protokoll sei wiedergegeben, das am 2. Tage, nach ausführlichen Untersuchungen, aufgenommen wurde, nachdem die meisten der Testworte schon wiederholt geübt worden waren.

Vormitternachtsnachtwächter — der Voge, der Vo--, sonst richtig.
Stahldrahtzaunstachel — Sa-draht-saustachel,
„ — Sa-draht-zaunstachel,
„ — Sta-draht-zaunstachel,
„ — „ „ „ .
Stahldrahtstachelzaun + mit artikulatorischen Schwierigkeiten, aber ohne Auslassungen.
Vorflutschleuse +.
Internationale Elektrizitätsaktiengesellschaft Inte-nationale,
Internatiale Vor-,
„ „ Internatiale Gesellschaft
und ich weiß nicht —.
Fehlt etwas? — Ja, das kann ich wohl merken, aber nicht aussprechen.
I. E. A. G. — Internatiale nationale Gesellschaft, das andere —.
Schreiben Sie das auf! — „Das kann ich nicht schreiben, weil ich es nicht weiß."
Wissen Sie, was das ist, Elektrizität? — Ja, das Werk.
Elektrizität +.
Elektrizitätsaktie +.
I. E. A. G. — Internatiale Aktien, Elektrizitätganz vollständig ist es nicht, die Gesellschaft.
I. E. A. G. — In — Inter e a natiale Elektrizitätgesellschaft ist aber nicht alles noch. Es fehlt noch etwas.
Schreiben Sie es auf. — Ich kanns nicht aufschreiben, weil ich es nicht weiß.
Donaudampfschiffschleppschiffahrtsgesellschaft — „Schleppschiff" wird ausgelassen.
I. E. A. G. — Internatiale Aktienelektrischitätsgesellschaft.
Ist das richtig? — Im Anfang fehlt etwas, aber was?-
I. E. A. G. — Internatiale Aktien — Elektrizitätsgesellschaft.

Ist das nicht falsch? — Am Anfang laß ich immer etwas aus.
I. E.A.G. — Internatiale — Akt (verbessert sich) Elektrizitätsaktiengesellschaft.
Wie heißt es also? — Internatiale Elektrizitätsaktiengesellschaft.
Wiederholen Sie das? — Internatiale Aktienelektrizitätsgesellschaft.

Diktiert man ihr die Testworte, so kommen die gleichen Fehler zustande. Nachdem sie in einer früheren Untersuchung bereits 8—10 mal die betreffenden Worte geübt hatte, schreibt sie auf Diktat I. E.A.G.: Unterlalie Elternschele Altidilichi.

Neuerliche Fleischpreissteigerung — Neuliche Flischscheiß (dabei verbessert die Patientin das sch in ein p).
„ „ — Neuerliche Fleischspeißpreißgung.

Gleichzeitig buchstabiert die Patientin richtig „Steigerung". Das Diktat „heute ist schönes Wetter" wird prompt geschrieben, nur entgleist sie beim t des ist und beim 1. t des Wetter in einen andern Buchstaben, doch korrigiert sie sich bereits beim Beginn der Entgleisung. Es sei gleich hier hervorgehoben, daß das Spontanschreiben der offenbar sehr schreibungeübten Patientin recht gut geht. So beginnt ein Brief an ihren Mann in folgender Weise:

„Im Anfange meines schreibes grüße ich dich herzlich." — —

Die Spontansprache der Patientin zeigt nur ganz geringfügige artikulatorische Schwierigkeiten.

Reihensprechen (Zählen, Monate) vollkommen fließend. Artikulatorisch Leichtes spricht sie einwandfrei nach.

Objektbezeichnungen gehen ausgezeichnet sowohl vom Optischen als auch vom Taktilen aus. Auch Bilder werden gut bezeichnet. Es besteht keine Spur amnestischer Aphasie.

Das Sprachverständnis ist auch für sehr Kompliziertes einwandfrei.

Das Lesen zeigt bei schwierigen Worten Störungen. So liest sie:

essentielles — Eisentilleses,
Reforme — Refektose,
Psychiatrie — Psi--sh-ia torie.

Das Leseverständnis ist auch für Kompliziertes ausgezeichnet.

Die Untersuchung des Gedächtnisses ergab: Nachsprechen von sechsstelligen Zahlen geht einwandfrei. Siebenstellige werden nur gelegentlich richtig nachgesprochen. Als ihr ein Gedicht vom Vöglein einmal vorgesagt wird, reproduziert sie es in folgender Weise: Das ist ein Vers, daß ein Vöglein auf den Ästen sitzt und in seinem Nestchen 2 Eier, dann brütet sie aus, dann kommen Vögelein, die herausschreien, daß zwitsch-, zwitsch-, zwitsch.

Hat aber das Gedicht nach 3 Lesungen erlernt. (Das Gedicht lautet: In der Hecke auf den Ästchen baut ein Vogel sich ein Nestchen, legt hinein 2 Eierlein, brütet aus 2 Vögelein, diese rufen pip-pip-pip, Mütterchen, du bist uns lieb. Dieses Gedicht wird von Normalen in 3—5 Lesungen erlernt.)

Der Satz: „Rabbi Moir, der große Lehrer, saß am Sabbath in der Lehrschule und unterwies das Volk" etc. wird nach 4maligem Wiederholen getroffen, was etwa der Norm entspricht.

In einem gewissen Kontrast hierzu steht es, daß sie den Satz: „Am 30. September 1870 erfolgte der Einzug der deutschen Truppen in Straßburg" außerordentlich mühsam und nur mit Fehlern erlernte.

Nachdem ihr bei der Visite der Satz bereits wiederholt vorgesprochen worden war, ergibt sich bei der systematischen Prüfung noch folgendes:

„1. Am 30. ..... aha, hab ich mir den Anfang und das Ende gemerkt und das andere vergessen.

2. Am 30. November 1850 erfolgte die

3. Am 30. November 1850 erfolgte die ..... ich weiß garnicht mehr alles, ich bin ganz vergessen.

4. Am 30. November 1850 erfolgte der Einzug nach Straßburg."

An die Zahl 291 erinnert sich Pat. noch nach 1 Stunde. An das Exempel $9 \times 7 = 63$ erinnert sie sich nach ½ Minute der Ablenkung, trotzdem sie nicht den Befehl zur Einprägung erhalten hat.

In einem Gespräch, das 3 Tage später stattfindet, erinnert sie sich noch der Zahl 291 und des Exempels. Vom Gedicht vom Vöglein weiß sie noch folgendes: „Ein Vöglein sitzt auf seinem Nestchen, legt dann 2 Eierlein, brütet aus 2 Vögelein, die zwitschern pi-pi-pi, du bist uns lieb wie Mütterlein." Außerdem weiß sie von dem ebenfalls 3 Tage vorher vorgesprochenen Satz 1: „Am 30. November 1870" (was ungefähr?) „noda, ich habs, kanns aber nicht recht sagen, da kehren die Preußen in die Stadt".

Salvarsantherapie brachte die Störungen der Patientin bald zum Schwinden.

Es handelt sich zweifellos um Lues cerebri mit rechtsseitiger Hemiplegie und motorischer Aphasie [1]). Wir bekamen die Patientin zu einer Zeit zu Gesicht, als die motorische Aphasie bereits weitgehend rückgebildet war. Es bestanden nur mehr artikulatorische Störungen mäßigen Grades. Bei Testworten wurden Silben und Worte ausgelassen, so daß die Sprachstörung vollkommen der paralytischen Sprachstörung entsprach.

Die Untersuchung der Sprachstörung ergab, daß die Patientin sich der ausgelassenen Silben und Worte gelegentlich erinnerte, diese aber trotzdem nicht aussprechen konnte. Gar nicht selten hatte die Patientin jedoch die nicht ausgesprochenen Teile des Wortes, ja die ganzen Worte, vergessen.

Es war nun die Frage aufzuwerfen, ob dieses Vergessen von Teilen der Testworte als allgemeine Gedächtnisstörung aufzufassen

---

[1]) Bemerkenswert ist die Geschmacksstörung, welche nach *Börnstein* bei jenen Patienten anzutreffen ist, bei denen das Operculum Rolandi geschädigt ist. XIII. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte. 1922. Diskussion.

sei. Die exakte Untersuchung der Lernfähigkeit und Merkfähigkeit ergab jedoch, daß die Patientin auf diesem Gebiete keine Störungen zeigt. Die Wort- und Silbenauslassungen sind demnach nicht Resultat einer allgemeinen Gedächtnisstörung, sondern sie sind Folge der artikulatorischen Schwierigkeit. Da die Artikulationsstörung auch das Schreiben beeinträchtigt, treffen wir die gleichen Auslassungen auch beim Nachschreiben von Testworten an.

Wir haben die Frage aufzuwerfen, wie diese Auslassungen von Silben und Wortbestandteilen zu erklären seien. Zunächst könnte zufolge der aphasisch-artikulatorischen Störung die Einprägung verhindert sein. Wenn man diese an sich wahrscheinliche Annahme akzeptiert, so darf man nicht vergessen, daß die Bulbärparalyse ähnliche Störungen nicht macht, auch wenn die Lähmung der Sprechorgane eine vollständigere ist. Es muß sich also um eine Störung der „zentralen Innervation" handeln, damit die Einprägung eine gestörte sei. Neben der Störung der Einprägung spielt jedoch die Hemmung eine Rolle, welche von der gestörten Sprechfunktion ausgeht. Ohne eine solche Annahme ist es schwer erklärlich, warum es denn zu den Umstellungen innerhalb des zusammengesetzten Wortes käme. Ja es scheint, daß diese rückwirkenden Hemmungen den wesentlichsten Anteil an den Gedächtnisstörungen haben. Man sieht ja, daß gelegentlich Teile des Testwortes weggelassen und doch erinnert werden. Gelegentlich weiß aber die Patientin, daß etwas fehlt und wo etwas fehlt, kann aber nicht angeben, was fehlt. Schließlich ist das betreffende Teilwort dem Gedächtnis vollkommen entschwunden. Auch die Tatsache, daß die Patientin schlechter schreibt, als sie spricht, daß die Wortweglassungen beim Schreiben auch dann erfolgen, wenn sie beim Sprechen einigermaßen korrigiert sind, läßt nur den Schluß zu, daß die Störung der Einprägung und die Auslassungen der Einzelworte im wesentlichen auf die Hemmungen zurückzuführen sind, welche von der gestörten Sprechfunktion ausgehen.

Einige Fragen läßt diese Beobachtung ungelöst. Es ist auffallend, daß der Satz von Straßburg so außerordentlich schlecht gelernt und erinnert wird. Tragen hieran artikulatorische Schwierigkeiten die Schuld, oder sind die Eigennamen gegenüber den Hemmungen, welche die aphasische Störung mit sich bringt, weniger widerstandsfähig? Wegen der Raschheit der Rückbildung konnten entsprechende Versuche nicht durchgeführt werden.

Bevor wir die allgemeine Bedeutung des hier Ermittelten be-

sprechen, sei noch darauf verwiesen, daß die Wortauslassungen der Paralytiker durch den hier mitgeteilten Befund in ein neues Licht rücken. *Trömner*, der eine eingehende Studie über diesen Gegenstand veröffentlicht hat, beschäftigt sich wenig mit den Teilwortauslassungen, er führt sie aber wohl auf sprachliche Hemmungen zurück. Denn er betont, daß gelegentlich das Nachsprechen gut geht, wenn langsam nachgesprochen wird, daß das Wort zerfällt, wenn rasches Nachsprechen gefordert wird. Genauere Untersuchungen über diesen Gegenstand haben wir in der Literatur nicht vorgefunden. Die hier mitgeteilte Beobachtung spricht mit Entschiedenheit dafür, daß es sich nicht um eine allgemeine Gesdächtnistörung bei derartigen Auslassungen handeln muß. Wir versuchten den exakten Beweis für die Annahme, daß die Auslassungen beim Nachsprechen von Testworten durch die Paralytiker nicht auf allgemeinen Gedächtnisstörungen beruhten, durch die Untersuchung einer größeren Anzahl von Paralytikern mit schweren Sprachstörungen zu erbringen. Aber in allen diesen Fällen fanden sich auch Störungen der Lern- und Merkfähigkeit. Allerdings waren diese in einzelnen Fällen relativ geringfügig. Auch hatten wir immer wieder den Eindruck, daß die Gedächtnisstörungen, besonders bei Prüfung mit sprachlich schwierigerem Material, hervortreten. Insbesondere war sehr häufig die Merkfähigkeit für Zahlen unverhältnismäßig gut. *Gregor* und *Förster* haben bei ihren Untersuchungen an Paralytikern ja ebenfalls immer wieder Gedächtnisstörungen angetroffen, welche je nach den Lernstoffen verschieden waren. Möglicherweise spielt hier das sprachliche Moment mit hinein. Jedenfalls sind hier weitere Untersuchungen notwendig. Die an dem vorliegenden Fall gewonnenen Erfahrungen weisen mit aller Entschiedenheit auf die Bedeutsamkeit der Hemmung durch die sprachliche Störung für die Wortauslassung der Paralytikersprache hin. Damit erhebt sich die allgemeine Frage, ob nicht überhaupt ein Teil dessen, was bei der Paralyse als Gedächtnisstörung erscheint, Folge der Sprachstörung sei. Hier ist nochmals auf das schlechte Lernresultat unserer Patientin gegenüber dem Satz „Straßburg usw." hinzuweisen. Es entspricht durchaus unseren allgemeinen Vorstellungen von zerebralen Hemmungen, daß es nicht immer schwer gestörte Funktionen sein müssen, von welchen die Hemmung anderer Tätigkeiten ausgeht.

Hier schließt an, daß die Störungen des Gedächtnisses bei Hirngeschädigten nach den Untersuchungen *Isserlins* Folge von geringfügigen Resten aphasisch-motorischer Störungen sein können, welche

Störungen der gedächtnismäßigen Aufgabe bedingen. „Die Schwierigkeit der sprachmotorischen Produktion und Reproduktion bei dem Lernprozeß und die durch diese Schwierigkeiten gesetzten rückwirkenden Hemmungen erklären die Gedächtnisstörung genügend, welche letztere sich also als eine sekundäre, durch die Aphasie bedingte erweist!' Auch in bezug auf gedankliche Anforderung versagt der Patient oft, aber nur dann, wenn es sich um Prüfung mit sprachlichem Material handelt. Bei Prüfungen, bei welchen alles akustisch Sprachliche und motorisch Sprachliche ausgeschaltet ist, zeigt sich eine normale Leistungsfähigkeit. Diesen ausgedehnten Untersuchungen *Isserlins* fügt sich die hier mitgeteilte Beobachtung ergänzend an, sie zeigt ja in klarer Weise die Hemmungswirkung, welche von einer sprachlichen Störung auf Einprägung und Reproduktion ausgeübt wird.

Grashey hat in einer früheren Periode der Aphasieforschung zur Erklärung amnestisch-aphasischer Störungen allgemeine Störungen der Merkfähigkeit herangezogen. In der neueren Aphasieforschung stellen sich jedoch die Gedächtnisstörungen als Hemmungswirkungen dar, welche von einer gestörten sprachlichen Funktion ausgehen.

Wir wissen auch sonst, daß von gestörten zerebralen Funktionen aus Hemmungen auf andere ausgehen, welche an sich intakt sind. So erreichte in einem Falle von *Pötzls* die konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes während des erschwerten Schreibaktes ein Maximum. In einem Falle leichterer sensorischer Aphasie sank bei Aufträgen, die das praktische Gebiet betrafen, das Sprachverständnis auf eine tiefere Stufe zurück, als es sonst hatte. Der eine von uns (*Sch.*) beobachtete bei einem apraktischen Patienten bei Ausführungen von Handlungen Hemmungserscheinungen auf die taktile Gnosie, die sonst im wesentlichen intakt war. Als er zuknöpfen soll, fragt er plötzlich, während er den Knopf in der Hand hält, wo ist der Knopf? Als er mit der linken Hand, die stärker apraktisch ist, bürsten und schreiben soll, entschwindet ihm das Bewußtsein, daß er die Gegenstände in der Hand hält. Er macht die geforderte Bewegung mit der besser funktionierenden rechten Hand ohne Objekt. *Liepmann* und *Heilbronner* hatten schon früher solche sekundäre Agnosien im Anschluß an apraktische Fehlleistungen beobachtet. Hierher gehört ja auch die so häufige Erscheinung, daß die Apraktiker in bezug auf ihre Fehlleistung agnostisch werden. Aber nicht nur auf Gnosie und Wahrnehmung wirken diese Hemmungen. *Pick* hat eindringlich darauf aufmerksam gemacht, daß das Denken und

Handeln durch gestörtes Sprechen beeinflußt werden kann. So bezeichnet eine Kranke, sich versprechend, einen Zwicker als Uhr, horcht hin und behauptet, das Ticken der Uhr zu hören. In diesem Beispiel wird die richtige Wahrnehmung durch die sprachliche Fehlleistung gehemmt, und wir gewinnen hier sogar einen Einblick in diese hemmenden Kräfte; es werden nämlich durch das Wort Einstellungen geweckt, welche die sprachliche Wahrnehmung nicht aufkommen lassen; ähnliche Beispiele hat *S. Fischer* mitgeteilt. Wir haben allen Grund, auf die tiefe Gemeinsamkeit zu verweisen, welche zwischen diesen durch die Abänderung organischer Funktion bedingten Hemmungen bestehen, und jenen Hemmungen, welche bestimmte Erlebnisteile in der Neurose unterdrücken. Freilich unterdrücken die zerebralen Hemmungen nur das, was zur geschädigten Funktion in enger Beziehung steht.

Allgemein kann man sagen, daß von gestörten Zerebralfunktionen Hemmungen ausgehen, welche die Wahrnehmungen, die Auffassungen, das Denken und das Gedächtnis treffen können. So setzt also die kortikale Läsion neben den direkten auch indirekte Funktionsstörungen, welche nicht weniger gesetzmäßig sind. Man kann sie nur unter dem Gesichtspunkt einer funktionellen Psychologie verstehen. Wir können hier nicht näher ausführen, daß „die direkten Wirkungen der Läsion" gleichfalls als Funktionsstörungen und nicht als Ausfälle schlechthin betrachtet werden müssen.

Benutzte Literatur:

Fischer: Veränderungen psychischer Funktionen bei transkortikal sensorischer Aphasie. Klin. Wochenschrift 1923, 2, S. 801.

Gregor und Foerster: Über die Zusammenhänge psychischer Funktionen bei der progressiven Paralyse. Monatsschrift f. Neurol. u. Psychiatrie 26, 1909.

Isserlin: Über Störungen des Gedächtnisses bei Hirngeschädigten. Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psych. 85, 1923.

Pick: Beeinflussung des Denkens und Handelns durch das Sprechen. Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psych. 38.

Pötzl: Über optische Hemmungserscheinungen in der Rückbildung von traumatischer Läsion des Hinterhauptlappens. Wiener med. Wochenschrift 1916.

Schilder: Einige Bemerkungen zu der Problemsphäre Kortex—Stammganglien, Psyche—Neurose. Zeitschrift f. d. gesamte Neurol. u. Psychiatrie 74.

Trömner: Beitrag zur Kenntnis der äußeren Sprache, besonders bei multipler Sklerose und Dementia paralytica. Archiv f. Psych. 28, 1896.

Erfahrungen mit Somnifen in der Psychiatrie[1]).

Von

Dr. **Gundert**, Assistenzarzt.

Der Umstand, daß die Schizophrenie ihrem pathogenetischen Wesen nach als ein zerebraler Prozeß oder als eine endogene Intoxikation erkannt wurde, hat zu einem therapeutischen Nihilismus geführt und früher geübte Beeinflussungsversuche diesem Leiden gegenüber als illusorisch erscheinen lassen. Man hielt eine Zeitlang jede Bemühung, von außen her den schizophrenen Verlauf aufzuhalten, mindestens theoretisch für ganz aussichtslos. Gleichwohl war die sichtliche Verschiedenheit der Verläufe wohl bekannt, und es wurden auch die oft zu beobachtenden reaktiven Momente einzelner Krankheitsfälle nicht übersehen, so daß sich bald wieder ein Meinungswechsel Bahn brach und der pessimistische Standpunkt in mancherlei therapeutischen Versuchen praktisch wieder verlassen wurde. Unserem Gegenstand entsprechend bleiben die therapeutischen Bestrebungen, die auf die mutmaßliche Ätiologie der Schizophrenie aufgebaut sind und eine Beeinflussung der supponierten innersekretorischen oder allgemeinen autotoxischen Noxen zum Ziel haben, hier außer Betracht. Es handelt sich hier vielmehr nur um die psychotherapeutischen Versuche der Schizophrenie gegenüber. Sie erschienen berechtigt angesichts der weitgehenden Beeinflußbarkeit der sogenannten verblödenden Kranken durch zweckmäßige Gestaltung ihres Milieus, insbesondere im Sinne der Verhinderung der autistischen Einkapselung. Es war vor allem *Bleuler*, der in seiner psychologischen Erforschung der Schizophrenie den Beobachtungen der Praxis gewisse theoretische Grundlagen und Deutungen gab, die heute Allgemeingut geworden sind. Mit der Erkennung des Autismus, als einer praktischen Hauptgefahr des Schizophrenen, wurden Maß-

[1]) Aus der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg, Professor *Wilmanns*.

nahmen dagegen, wie gemeinsame Unterbringung an Stelle der Isolierung, Beschäftigung der Kranken, Frühentlassung usw. sinnvoll und ratsam. Besonders eingehend hat sich *Kläsi* mit dem Ausbau geschickter Methoden, den Schizophrenen in die reale Daseinswelt zu zwingen und so dem autistischen Verfall zu entreißen, beschäftigt. Seine erfolgreichen Versuche, etwa die katatone Motilität mit ihrer akinetischen, iterativen und sonstwie gearteten Abwegigkeit in Bahnen zweckvoller Koordination zu zwingen, z. B. dadurch, daß er einen Kranken ins Wasser werfen ließ und so zum Schwimmen brachte, sind bekannt; sie erinnern in manchem an absolete Maßnahmen der alten Psychiatrie, wie etwa die „Wippe", die auch zum Ziel hatten, den Kranken zu zweckentsprechender Motorik zu zwingen. Weiter ging nun *Kläsi* mit seiner Einführung des Dauerschlafes in die Schizophreniebehandlung. Worauf es ihm ankommt, ist immer die Wiederherstellung des psychischen Rapports des Kranken mit der realen Umwelt. Dazu dient ihm die straffe Disziplinierung auf der Abteilung, die strenge Normierung des Tageslaufes für alle Kranken gemeinsam, die Gestaltung eines Milieus um den Kranken, das ihn angeht, womöglich irgendwie mitreißt. In die gleiche Richtung tendiert, was mit dem Dauerschlaf geleistet werden soll, Ausschaltung der nach innen ablenkenden Reize, Hinlenkung auf die reale Daseinswelt. *Kläsi* spricht zwar in einem Referat über seinen Somnifen-Vortrag von einer Wirksamkeit des Mittels als „eines chemischen Prozesses im Sinne der Hypothese *Cloetta*'s, (Heilung durch Beseitigung lokaler störender Reize), zieht auch die Begriffe „Mauserung oder Roborierung des Großhirns" (*Friedländer*, *Hauber*) heran, stellt aber in der ausführlichen Publikation andere Deutungen in den Vordergrund. Die Hypothese *Cloettas* von der Heilung entzündlicher Vorgänge durch Anästhesierung erscheint nun mehr ins Psychische bzw. Psychologische übertragen: Der Schlaf bedeutet psychische Anästhesierung und Unterbrechung des „Circulus vitiosus retrozeptiv bedingter Reizerscheinungen" („Affekterregung ⇆ psychomotorische Erregung"). In zweiter Linie ist nach *Kläsi* der Schlaf ein Mittel, den Kranken in unschädlicher Weise „körperlich hinfällig und hilfsbedürftig" zu machen, ihn dadurch zur Anlehnung an die Umgebung, zum Rapport mit dem Arzt zu zwingen. Diese beiden Hauptgesichtspunkte für den Dauerschlaf charakterisieren ihn als eine symptomatische Therapie, die weder Anspruch noch Versuch macht, die eigentliche Noxe zu treffen. Es erscheint deshalb ein Vergleich des Dauerschlafs mit der fiebererzeugenden

Behandlung von Psychosen (Methoden von *Wagner-Jauregg, Kielholz, Hauber, Donath* u. a.) nicht angängig. Die praktischen Erfolge *Kläsis* erstrecken sich auf etwa ein Drittel der mit „Somnifen-Narkose" behandelten Fälle, die Besserungen traten allerdings oft sehr lange nach der Schlafperiode ein.

Die *Kläsi*sche Dauerschlaf-Methode mit S. wurde inzwischen an verschiedenen Anstalten ausprobiert und hat widersprechende Beurteilung gefunden. Am positivsten spricht sich *Demole* aus; ohne genügende kasuistische Stützen anzuführen, gibt er an, daß der Somnifenschlaf geeignet sei, Erregungszustände zu kupieren, die psychologische Analyse der Katatoniker zu erleichtern, den Negativismus zu mindern und eine regelmäßige Nahrungsaufnahme zu bewirken. Daß dieser günstige Einfluß nur ephemer sei, wird im einzelnen Fall zugegeben, trotzdem aber der Somnifenkur im allgemeinen ein erheblicher diagnostischer und therapeutischer Wert zugesprochen. Was die pharmakologische Bewertung des Mittels betrifft, so spricht *Demole* von der großen Wirksamkeit bei geringer Toxizität. Seine Angaben über die Dosierung schwanken; für schwere Erregungszustände nennt er eine Einzeldosis von 6—10 ccm bei Männern, von 6 ccm bei Frauen, intravenös appliziert; bei wiederholten Injektionen, also beim eigentlichen Dauerschlaf, rät er, nicht über 5 ccm pro die zu gehen. Als toxische Störungen beobachtete er Urinretention, Ataxie, sowie einmal Übergang des Schlafes in Coma mit folgendem Exitus an Aspirationspneumonie. Eine Alteration von Puls und Atmung negiert *Demole*, auch stand er nicht an, hypothermische Kachektiker mit Somnifen zu behandeln, erblickte sogar in der durch Somnifen bewirkten Hebung der Temperatur bei diesen Kranken einen wünschenswerten Erfolg. Unsere Ergebnisse widersprechen denen *Demoles* in wesentlichen Punkten, wie später zu erörtern.

Werner behandelte 7 Männer und 10 Frauen mit Somnifen, er erzielte, was die Psychose betrifft, weniger günstige Resultate als *Kläsi*. Eine „erregte Melancholie" wurde späterhin geheilt entlassen, zwei Halluzinanten wurden gebessert. *W.* sieht den Hauptwert des Somnifens in anstaltstechnischer Beziehung gegeben, insofern es erlaubt, störende Kranke rasch und für einige Dauer ruhig zu stellen. Was die pharmakologische Wirkung des S. betrifft, so erwähnt auch er Störungen in der Wärmeregulation, in der Nahrungsaufnahme, dann völlig unzulängliche Wirksamkeit des Mittels bei Männern, was schon *Kläsi* beobachtete. Mit der Dosierung ist *Werner*

vorsichtig und weist auf einen von *Dietlen* publizierten Fall von Somnifen-Vergiftung (nach 15 ccm per os) hin, der durch intravenöse Adrenalin-NaCl-Infusion geheilt wurde.

Moser ist sowohl mit den pharmakologischen Qualitäten des S. wie mit dem psychotherapeutischen Erfolg des Dauerschlafs sehr unzufrieden. Von 25 Narkoseversuchen konnte er nur 7 durchführen, bei allen andern kam es schon nach den ersten Injektionen zu bedrohlichen Störungen, Fieber, Erbrechen, Kreislaufschwäche. Bei einer tobenden Katatonie erlebte er einen Exitus an Gehirnödem und Herzschwäche. Er applizierte S. stets intravenös, da sonst keine genügende Wirksamkeit zu erzielen war, aber auch bei dieser Applikation versagte das Mittel bei Männern. Psychische Besserung sah *M.* bei zwei mit Dauerschlaf behandelten Fällen, alle andern blieben unbeeinflußt. *Moser* ist der Meinung, daß der Autismus der schweren Fälle mit dem Dauerschlaf nicht zu brechen sei; er empfiehlt das Mittel für Schlaflosigkeit im allgemeinen und für psychogene Psychosen in einmaliger Injektion.

Strauß sah in einem Drittel seiner 9 Fälle guten psychotherapeutischen Erfolg eines Somnifenschlafes, während er insgesamt bei 5 Patienten vorübergehend Konnex des Kranken mit dem Arzt erreichte. Zwei der erwähnten drei gebesserten Fälle sind nach Ansicht von *Strauß* der Somnifenwirkung zu verdanken, obwohl er betont, daß es sich um „zu spontanen Remissionen neigende Fälle" handelt. Von toxischen Erscheinungen beobachtete *Strauß* Fieber und Erbrechen, die häufig die Kur zu beenden zwangen, regelmäßig Schluckstörung, Urinretention und „ausgesprochenste zerebellare Erscheinungen", die die Pflege und Bewahrung der Kranken sehr schwierig machten. Zusammenfassend tritt *Strauß* für weitere Erprobung des Mittels ein, da er es für nicht gefährlich hält.

Von Januar bis März 1923 wurden auch in unserer Klinik eine Reihe von Versuchen mit Somnifen-Dauerschlaf angestellt, wir konnten also die Fälle etwa über 1 Jahr hin katamnestisch verfolgen. (Die Firma *Hoffmann-La Roche* Basel stellte in dankenswerter Weise eine Probemenge Somnifen zur Verfügung.) Die Behandelten waren durchweg frisch erkrankt oder standen zur Zeit der Somnifenkur im Beginn eines erneuten Schubes. In der Dosierung und Methodik hielten wir uns möglichst an die *Kläsi*schen Richtlinien. Als Kontrollversuch wurden einer stillen, gequälten Halluzinantin kontinuierlich ziemlich große Dosen aller möglichen Schlafmittel — mit Ausschluß des Hyoscins, sowie des Veronals und seiner Verwandten

— per os gereicht; es gelang aber hierbei nicht annäherungsweise, eine ähnliche Schlafwirkung zu erzielen wie durch Somnifen.

Wir wandten bei 18 Fällen (davon 3 Männer) insgesamt 21 Dauernarkosen an, also bei 3 Fällen je noch eine zweite Kur. Der pharmakologische Effekt war bei 8 Kuren befriedigend, darunter eine Wiederholungskur und ein männlicher Fall, bei 13 Kuren war kein hinlänglicher Schlaf zu erzielen, darunter 2 Wiederholungskuren und 2 männliche Fälle. Bei allen Fällen waren mehr oder minder schwere toxische Erscheinungen zu beobachten, worüber unten berichtet wird. In einem Falle trat nach der 3. Injektion unter jähem Temperaturanstieg und absoluter Gefäßlähmung der Exitus ein. Es handelte sich um eine schwer belastete, frisch erkrankte, 28j. Katatonika, bei der die internistische Untersuchung vor der Kur keinen krankhaften Befund ergeben hatte. Sie kam in tobsüchtiger Erregung zur Aufnahme und erhielt am 5. Tag erst 4 ccm, nach 7 Std. 2 ccm, nach weiteren 5 Std. 2 ccm Somnifen i. v., um 7 Std. nach der letzten Injektion zu kollabieren und zu fiebern. Im Urin reichlich Albumen, hyaline Zylinder, Erythrozyten. Rasch fortschreitender völliger Gefäßkollaps, extreme Hautrötung am ganzen Körper. Puls kaum fühlbar, bis ca. 200 Schläge, Temp. bis 41°. Herz- und Gefäßmittel, auch Adrenalin i. v. wirkungslos. Exitus 34 Std. nach der letzten Injektion.

Sektionsbefund: Anatomische Diagnose: Hauptleiden: Intoxikation. Todesursache: Vasomotorencollaps (Intoxikation).

Auffallend starke Erweiterung der Bauchgefäße, leuchtend hellrote Farbe des Blutes. Zyanose der Milz, Leber und besonders der Nieren. Anämie des Großhirns und der Medulla oblongata. Subendokardiale Blutungen im linken Ventrikel. Kleine Blutungen im Mesosigmoid. Volumen pulmonum auctum. Alte Endocarditis verrucosa der Mitralis mit Insuffizienz. Hypertrophie des linken Ventrikels (20 mm). Aspiration von Schleim in Trachea und den großen Bronchien. Leichte Struma diffusa. Zwei erbsengroße Harnsäureausscheidungsherde in der linken Niere. Zwei bohnengroße Zysten im rechten Ovarium. Grünblau verfärbte Sukkusionen der Haut längs der rechten Spina Scapulae, der rechten *Mohrenheim*schen Grube, an der Außen- und Rückfläche des rechten Oberarms, vor den Knien und Tibiaköpfchen beiderseits und vor den Tibiakanten.

Das Ergebnis bezüglich des pharmakologischen Wertes des Somnifens ist nach unseren Erfahrungen ziemlich eindeutig. Von jedem guten Medikament ist zu verlangen, daß seine therapeutische

Dosis möglichst weit unter der toxischen liegt. Dies ist bei Somnifen nicht der Fall. In einer ganzen Reihe von Fällen konnten weder wir (13 F.) noch frühere Untersucher eine genügende Schlafwirkung mit wagbaren Dosen erzielen. *Moser*, *Klási* u. a. fanden die S.-Wirkung besonders bei Männern ganz ungenügend; auch wir überschritten bei 2 von 3 männlichen Fällen die toxische Grenze vor Eintritt des therapeutischen Effekts. Bei 2 Fällen war nach gelungenem erstem Dauerschlaf bei einer zweiten Kur keine genügende Ruhigstellung mehr zu erzielen. Wie *Moser* hatten wir einen Todesfall durch Intoxikation und zwar bei einer in allen andern Fällen gut ertragenen Dosierung. Unsere 13 mißlungenen Kuren betrafen jede Art von schizophrenen Kranken (stille, gequälte, autistische wie psychomotorisch erregte), doch waren wir gerade bei tobenden Katatonien, die auf eine erste Injektion oft so verblüffend ansprachen, vom späteren Verlauf des Dauerschlafes sehr unbefriedigt.

Die allgemein beschriebenen toxischen Erscheinungen möchten wir, auch wo ihr Grad den Arzt noch nicht zum Abbrechen der Kur zwingt oder zwang, durchaus nicht leicht nehmen. Die Temperatursteigerungen, das Erbrechen, die Urinretention und besonders die Ataxie imponieren auch in ihrer schwachen Ausprägung schon als die Anfänge einer tiefgreifenden, zentralen Intoxikation, deren Ausbreitung und Grad für uns nicht meßbar, deren Flüchtigkeit oder Dauer und vollends deren Bekämpfung uns unbekannt ist. Man kann also *Klási* durchaus nicht beistimmen, wenn er meint, Somnifen erlaube den Kranken „in gefahrloser Weise hinfällig" zu machen. Die Hinfälligkeit erzeugen wir vielmehr durch S. ohne jede Kontrolle und ohne die Möglichkeit rechtzeitiger Gegenwirkung im Bedarfsfall. Wir wissen nichts über die Ausscheidungsgeschwindigkeit des S. bei den verschiedenen Applikationsweisen, also auch nichts über die Kumulationsgefahr. Aber auch, wo die Gefahr einer überraschenden letalen Intoxikation vermieden wird, sind die toxischen Nebenerscheinungen noch immer höchst bedenklich. Natürlich birgt jeder Dauerschlaf Gefahren insbesondere für die Atmungsorgane (Hypostase, Aspiration) in sich, aber weder bei Hyoscin noch bei sonstigen gebräuchlichen Schlafmitteln beobachten wir so schwere Störungen der tiefen Reflexe, wie bei S., das zudem nicht einmal eine vor Verletzung schützende Ruhigstellung erzeugt, wie etwa Hyoscin. *Demole* beschreibt eine Schluckpneumonie, die meisten andern Untersucher Schluckstörungen, eine unserer Kranken aspirierte eine goldene Zahnbrücke, die sie sich infolge ihrer Ataxie ausschlug, und kam

dadurch mittelbar (durch Lungenabszeß, der erfolglos operiert worden war) zum Exitus. Wiederholt ergab sich, daß Husten- und Würgreflex aufgehoben war. Auch die ataktischen Störungen, die *Strauß* als zerebellar bezeichnet, sind keineswegs harmlos. Selbst bei sorgfältigster Überwachung kommen folgenschwere Verletzungen vor. Wir beobachteten des öfteren, daß einzelne Somnifenpatienten Tag und Nacht die volle Kraft einer Pflegerin für sich allein beanspruchten. Sie warfen sich, nur halb beruhigt, taumelnd im Bett hin und her, versuchten, sich aufzurichten, außer Bett zu gehen bei größter Unsicherheit und Inkoordination, aber erheblicher grober Kraft ihrer Motorik. Es bedurfte in manchen Fällen sogar zweier Pflegerinnen, um eine solche Kranke zu füttern, auf den Nachtstuhl zu setzen oder auch nur im Bett festzuhalten. Von einer anstaltstechnischen Erleichterung, wie *Werner* meint, konnten wir bei unseren Somnifen-Fällen nicht viel sehen. Wie erwähnt, gestaltet sich auch die Nahrungsaufnahme bei mit Somnifen behandelten meist nicht wesentlich einfacher als ohne das Mittel. Die Kranken können nicht etwa zu spontaner Nahrungsaufnahme geweckt werden, sondern 2—6 Pflegerinnen haben mit dem Festhalten und Einlöffeln zu tun. Von einer regelmäßigen Gewichtszunahme während der S.-Kur ist keine Rede, meistens nahm das Gewicht ab oder blieb stationär, auch abstinierten einige Kranke trotz S.s hartnäckig und wurden mit der Sonde gefüttert.

Was zweitens die psychotherapeutische Wirkung des Dauerschlafs anbelangt, so glauben wir in 4 Fällen einen günstigen Erfolg annehmen zu können, zweimal war dieser eklatant. Der erste Fall betraf den 40jährigen, früher sehr tüchtigen und gesunden Kaufmann, J. Sch. (aufgen. 29. I. 23), der seit etwa einem Jahr eine schleichende Charakterveränderung im Sinne mißtrauischer, verschlossener Dickköpfigkeit zeigte und seit Monaten an ausgebreiteten Beziehungsideen und ungemein quälenden „elektrischen" Körpersensationen litt. Zwei Selbstmordversuche aus der physisch empfundenen Qual heraus veranlaßten die Internierung. Hier war Pat. höchst menschenscheu, still, sichtlich schwer leidend, hatte sich in Abwehr der „elektrischen Funken" eine kahle Stelle am Kopfe gescheuert. 27. II.—4. III. 23 Somnifen-Dauerschlaf, wozu alle 6 Std. 2 ccm S. notwendig wird wegen Pulsverschlechterung abgebrochen. 5. III. „Keine elektrischen Beeinflussungen mehr, fühlt sich gesund, ist nicht mehr leutescheu, geht allein aus." 19. III. „Das Kopfelektrisieren hat fast ganz aufgehört." Pat. ist für seine

Wahnideen insofern einsichtig, als er sie für krankhaft und eine Auswirkung des Gehirnelektrisierens hält, er wird also sozial wieder möglich und am 31. III. nach Hause entlassen. Das „Elektrisieren" dagegen, das er, wenn auch viel schwächer, noch immer erlebt, ist für ihn eine unkorrigierbare, physikalische Realität. Es steigerte sich ab Mai 1923 wieder, so daß Pat. die seltsamsten physikalischen Abwehrmaßnahmen ergreift. Es kommt aber nicht zu einer paranoiden Ausbreitung des halluzinatorischen Erlebens, und Pat. bleibt in seinem Verhalten aufgeschlossen, lebhaft und mitteilsam.

In dem zweiten Fall handelt es sich um die 28 j. Krankenpflegerin L. B. (aufgen. 12. I. 1923), die bereits 1919 und 1921 einen Schub einer erlebensreichen Schizophrenie von je etwa 6monatlicher Dauer und mit sehr guten Remissionen durchgemacht hatte. Seit Dezember 1922 wieder akut erkrankt, bot Pat. hier das Bild verworrener, halluzinatorischer Erregung schwersten Grades. 15.—22. I. 1923 erster Somnifenschlaf, mit 4—6 ccm pro die nicht ganz befriedigend durchgeführt und von intensiven körperlichen Störungen begleitet (Erbrechen, Temp. bis 39°, schwere Ataxie). Nach langsamem Erwachen bietet Pat. 8 Tage lang ein völlig verändertes Verhalten, sie ist aufgeschlossen, psychotherapeutisch zugänglich, kämpft um Krankheitseinsicht für die noch produzierten Wahnideen und „leisen" Halluzinationen. 30. I. Rückfall in akute Erregung und genau denselben Zustand wie vor der S.- Kur. Der zweite Somnifenschlaf (19.—26. II.) verlief schon äußerlich viel ungünstiger. Es mußten 6—10 ccm S. in 24 Std. gegeben werden, um Pat. auch nur einigermaßen auf Stunden ruhig zu stellen. Bei schwerster Ataxie erhebliche Aggressivität und Selbstbeschädigungsneigung. Die wilde, zerfahreneMotorik der Halbschlafenden trägt, wenn auch verstümmelt, genau dasselbe Gepräge wie vor der S.-Kur. Sondenfütterung nötig. Das Erwachen nimmt fast 2 Tage in Anspruch und geht ohne eine Phase nennenswerter Ansprechbarkeit in die frühere exzessive Erregung über. Weiterer Verlauf bis zur Entlassung am 8. VI. 23 wie bei den früheren Schüben. Katamnese: Oktober 23 gute Remission mit leichter Wesensveränderung. Bei diesem zweiten Falle lag der von Kläsi hervorgehobene Circulus vitiosus, d. h. ein fortgesetztes Sichhineinsteigern in die affektive und motorische Erregung an der Oberfläche des Zustandsbildes. Wenigstens bei der ersten Kur gelang es, die Pat. für 8 Tage völlig aus diesem Circulus zu lösen, ein Erfolg, wie er durch keines der sonst gebräuchlichen Mittel erreichbar sein dürfte. Der Gesamtablauf dieses dritten psychotischen Schubs zeigt

freilich quantitativ und qualitativ keine günstige Beeinflussung durch die S.-Kur im Vergleich zu den beiden früheren Schüben. Die Wiederholung des Dauerschlafs erwies sich als gewagt und nutzlos.

Bei einem dritten Fall, einer stillen, gequälten Halluzinantin, war während und nach der Somnifen-Kur kein besserer Konnex zu gewinnen und keine Zustandsänderung ersichtlich. Immerhin begann die ganz allmählich einsetzende Besserung, die 3 Monate später zur Klinikentlassung führte, etwa zur Zeit der S.-Behandlung. Die jugendliche Pat. geriet nach und nach in ein verschrobenes, maniriertes, chronisches Stadium, in dem sie bisher, Januar 1924, sozial möglich blieb. Ein Zusammenhang der Besserung mit der S.-Kur ist hier allerdings ebenso wie bei einigen Fällen *Kläsis* höchst zweifelhaft. Wie *Moser* mit Recht hervorhebt, sind unter *Kläsis* Fällen (wie unter unseren) eben viele in Schüben verlaufende, zu Remissionen neigende Formen vertreten.

Ein vierter Fall, eine verschlossene, fast stets mutistische Katatonika, hatte nach beiden bei ihr durchgeführten S.-Kuren, jedoch nicht im unmittelbaren Anschluß an sie, ein eintägiges lucidum intervallum, wie es sonst bei dieser Kranken nicht beobachtet wurde. Der günstige Effekt, den man also annehmen kann, war nur flüchtig — die Kranke ist jetzt noch interniert —; doch könnte man hier davon sprechen, daß die S.-Kur wenigstens diagnostisch wertvoll sei für die Analyse des Falles, wie *Demole* betont.

In Kürze sei hier noch erwähnt, daß wir Somnifen in einmaliger Injektion (event. auch mehrmals in mehrtägigen Abständen) auch bei Psychopathen verwendeten. Es handelte sich dabei durchweg um schwere hysterische Krankheitszustände (einmal Morphinistin während der Entziehung), wo wir, sei es durch die Bluffwirkung des jäh eintretenden Schlafeffekts, sei es durch Herbeiführung des langentbehrten Schlafes selbst, einen glänzenden psychotherapeutischen Erfolg hatten. Hier gelang es offensichtlich (meist mit einer Injektion), eine gewisse Hinfälligkeit zu erzeugen, die den Pat. aus seinem hysterischen Negativismus löste und der Psychotherapie geneigt machte. Hier war auch der pharmakologische Effekt regelmäßig zuverlässig, selbst bei Patientinnen, die die unsinnigsten Mengen Hyoscin, ohne ruhiggestellt zu werden, ertrugen. Auch *Moser* hat auf diese Verwendungsmöglichkeit des Somnifens hingewiesen.

Wenn wir auf Grund unserer Erfahrungen zu den theoretischen Gesichtspunkten *Kläsis* Stellung nehmen sollen, so haben wir Anhaltspunkte dafür, daß ein medikamentöser Dauerschlaf den

Circulus vitiosus zwischen Affekterregung ⇆ psychomotorischer Erregung zu unterbrechen geeignet ist, daß es möglich ist, das subjektive Leiden gequälter Halluzinanten und ihre paranoide Reaktion darauf durch den Schlaf herabzumindern, vorausgesetzt, daß er tief genug ist. Für die zweite Auffassung dagegen, daß die durch S. erzeugte Hinfälligkeit den Autismus des Kranken breche, ihn der Psychotherapie zugänglich mache, konnten wir keine Beweise erbringen. Abgesehen von der u. E. schweren physischen Gefährdung der Kranken durch S., haben wir auch beobachtet, daß nicht wenige Patienten die S.-Injektion als feindseligen Akt empfinden. Sie finden den Zusammenhang zwischen der Injektion einerseits und der Hinfälligkeit (Erbrechen, Ataxie) unschwer heraus und vermerken dem Arzt die Injektionen übel. Dies gilt besonders für alle die Fälle, wo die S.-Wirksamkeit nicht genügt, festen Schlaf zu erzeugen, und das sind viele. Den subjektiven Beifall der Kranken fanden wir nur in Fall I und II (bei dessen erster Kur), also gerade da, wo die S.-Kur überhaupt einen charakteristischen Erfolg hatte. Wir halten also auch unter dem psychotherapeutischen Gesichtspunkt die durch S. erzeugte „Hinfälligkeit" für eine sehr zweischneidige Sache und meinen, daß man keinesfalls von einer „roborierenden Wirkung" oder Erzeugung einer „Mauserung des Großhirns" durch die S.-Kur reden kann, wie dies bei der Psychosenbehandlung durch pyrogenetische Mittel geschah und was *Kläsi*, wie erwähnt, zur Somnifenbehandlung in Parallele setzt.

Zusammenfassung.

1. Das Somnifen, in einmaliger intravenöser Applikation, erreicht bei schwersten psychomotorischen Erregungen in vielen Fällen eine verblüffende Ruhigstellung und leistet, ebenso appliziert, wertvolle Dienste als Einleitung einer Psychotherapie bei Hysterischen.

2. Für den Dauerschlaf jedoch ist Somnifen infolge seiner großen Giftigkeit durchaus ungeeignet und dringend zu widerraten.

3. Ein mehrtägiger medikamentöser Dauerschlaf ist ein wertvolles Hilfsmittel in der Schizophrenietherapie, insbesondere zur Unterbrechung des Circulus vitiosus: Affekterregung ⇄ psychomotorische Erregung.

4. Die Herstellung eines injizierbaren, starken Schlafmittels, das eine größere therapeutische Breite hat, als sie das Somnifen besitzt und eine gefahrlosere Durchführung einer Dauernarkose ermöglicht, erscheint höchst wünschenswert.

Die Bewegung der alkoholischen Erkrankungen in Breslau nach dem Kriege[1]).

Von

W. Oppler.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß in den Kriegsjahren, besonders seit dem Jahre 1916, die Aufnahme von Alkoholkranken in Universitätskliniken und öffentlichen Heilanstalten eine rasche Verminderung erfahren hat. Es war dies eine Folge des in Deutschland und Österreich bestehenden allgemeinen Verbots von Herstellung und Ausschank von Branntwein, Kognak und ähnlichen alkoholischen Getränken. In den Arbeiten von *Peretti*-Grafenberg[2]) ist das diesbezügliche Material über Alkoholerkrankungen während des Krieges für Deutschland, in der von *Wagner v. Jauregg*[3]) für Österreich zusammengestellt. Beide haben in Hamburg darüber am 28. Mai 1920 in der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie referiert. So gingen nach *Peretti* die Gesamtaufnahmen an Alkoholkranken in den Jahren 1914 bis 1918 in 29 Anstalten von 3170 auf 427 zurück, von 20,33 auf 3,56% der Gesamtaufnahmen. In den Irrenanstalten der heute zu Deutsch-Österreich gehörenden Gebiete gingen nach *Wagner v. Jauregg* die Aufnahmen von Alkoholkranken von 586 im Jahre 1914 auf 184 im Jahre 1918 zurück, ja sie sanken 1919 noch auf 126. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Gesamtzugänge in den ersten Kriegsjahren sogar noch erheblich gestiegen[4]).

Besonders ausgeprägt spiegelt sich der Rückgang der Alkoholerkrankungen im rapiden Zurückgehen der alkoholischen Geistesstörungen wieder. Am deutlichsten zeigt sich dieser Rückgang beim Delirium tremens. Dieses ging nach *Peretti* von insgesamt 766 im Jahre 1913 auf 56 im Jahre 1918 zurück, also um 92,69%. Während das

[1]) Aus der Städtischen Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke zu Breslau (leitender Arzt: Oberarzt Dr. *Chotzen*).

[2]) Zeitschr. f. Psych. u. Ger. Med. Bd. 76, Heft 4, S. 641.

[3]) Zeitschr. f. Psych. u. Ger. Med. Bd. 76, Heft 4, S. 649.

[4]) Die in der Forschungsanstalt München im vor. Jahre erschienenen Arbeiten bieten weitere wertvolle Beiträge über den Alkoholismus im Weltkriege.

Männer.

	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Gesamtaufnahmen ...	714	659	713	478	463	378	379	400	474	467	400
davon: Alkoholisten	346	275	170	51	30	27	59	69	156	148	90
	(48,4%)	(41,7%)	(23,8%)	(10,6%)	((6,4%)	(7,1%)	(15,5%)	(17,25%)	(32,9%)	(31,7%)	(22,5%)
davon: Rausch- und Erregungszustände .	108	55	29	7	9	14	28	25	51	35	28
chron. Alkoholisten ..	102	118	87	34	16	9	20	41	91	95	57
Delirium tremens	102	60	29	5	1	1	2	3	12	13	4
Korsakoff	17	18	9	2	1	—	—	—	2	2	1
akute Halluzinose	8	6	3	1	—	—	—	—	—	3	—
andere geist. Störungen bei Alkoholismus, Dipsomanie	9	18	13	2	3	3	9	—	—	—	—

Frauen.

	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923
Gesamtaufnahmen ...	371	428	358	273	213	208	297	282	343	345	375
davon: Alkoholisten	35	24	18	9	4	6	4	2	15	18	10
	(9,4%)	(5,6%)	(7,8%)	(3,3%)	(1,8%)	(2,8%)	(1,3%)	(0,7%)	(4,3%)	(5,2%)	(2,6%)
davon: Rausch- und Erregungszustände .	7	2	—	—	—	—	—	—	3	9	3
chron. Alkoholisten ...	10	16	11	4	4	4	3	2	9	8	5
Deliriums tremens ...	4	2	4	2	—	—	1	—	1	—	1
Korsakoff	11	3	1	2	—	2	—	—	—	1	1
akute Halluzinose ...	3	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—
andere geist. Störungen bei Alkoholismus, Dipsomanie	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—

Delir. trem. 1913 zusammen mit der Halluzinose 26 % der Alkoholerkrankungen ausmachte, war diese Zahl 1918 nur noch 16 %. An der Wiener Klinik sank die Zahl der an Delir. trem. Erkrankten von 240 im Jahre 1913 auf 14 im Jahre 1918. Manche Anstalten hatten 1917 und 1918 überhaupt keine Fälle von Del. trem. aufzuweisen. Die Breslauer Klinik verfügte 1918 über einen Fall. Die Breslauer städt. Heilanstalt, die 1913/14 162 Fälle von Delirium aufnahm, hatte 1917 und 1918 nur von je einem Fall zu berichten.

Eine formelle Aufhebung der im Kriege erlassenen Verbote betr. Ausschank alkoholischer Getränke erfolgte nach der Revolution nicht, vielmehr wurde die Erlaubnis erteilt, höherprozentige Spirituosen herzustellen, was praktisch einer Aufhebung der Verbote gleichkam. Dies macht sich, wie erwähnt, in einem langsamen Ansteigen der Ziffern von Alkoholerkrankungen bereits 1919 bemerkbar. Nach *Peretti* stieg diese Zahl von 427 1918 auf 584 1919 bei Männern, die Prozentzahl der Alkoholerkrankungen gegenüber den Gesamtaufnahmen stieg von 3,56 auf 5,03 %. Bei den Frauen sank die Zahl von 65 auf 54, oder von 0,84 % auf 0,60 % der Gesamtaufnahmen. Das Bild ist mithin kein einheitliches. Es ist möglich, daß lediglich die Rückkehr des Heeres von den Fronten das Ansteigen der Zahlen bei den Männern erklärt, da bei den Frauen eine weitere Abnahme festzustellen ist. Eine prozentuale Ausrechnung gegenüber der Zahl der Zunahmen soll noch diese Frage späterhin klären.

Von besonderem Interesse für uns ist es, die in Frage stehenden Zahlen für Breslau kennenzulernen. Das Material der Breslauer Städt. Heilanstalt für die Kriegsjahre hat *Chotzen* zusammengestellt und sie am 24. Juli 1920 in einer Sitzung des Ostdeutschen Vereins für Psychiatrie bekanntgegeben [1]).

Die genauen Zahlen an Alkoholerkrankungen für die Breslauer Heilanstalt vom April 1913 bis April 1924 ergeben sich aus der Tabelle auf S. 98.

In dieser Zusammenstellung tritt die Abnahme der Alkoholisten während der Kriegsjahre deutlich in die Erscheinung. So sanken die Alkoholaufnahmen bei den Männern von 346 im Jahre 1913 auf 51 im Jahre 1916, später auf 30 und 27, im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen von 48,4 % auf 6,4 % bzw. 7,1 % in den Jahren 1917 und 1918. Im Jahre 1919 stiegen sie wieder auf 59 = 15,5 % der Aufnahmen an. Diese Zahl steht im Einklang mit der von *Peretti*, aber im Gegensatz

[1]) Zeitschrift f. Psych. u. Ger. Med. 76. Bd., 5. u. 6. Heft S. 810.

zu der von *Wagner v. Jauregg*, der 1919 noch ein weiteres Absinken der Alkoholisten konstatiert. Bei den Frauen trat eine Abnahme von 35 auf 9 im Jahre 1916 ein und betrug die folgenden Jahre 4, 6, 4. Die Zunahmen im Jahre 1919, die vor allem akute Rauschzustände betreffen, sind nicht allein auf das Wiederanwachsen der männlichen Bevölkerung nach dem Kriege zurückzuführen; während die Zahl der Alkoholerkrankungen bei den Männern 1918 nur 7,1 % der Gesamtaufnahmen betrug, stieg sie im folgenden Jahre auf 15,5 %; 1920 betrug sie 17,25 %, 1921 bereits 32,9 %und 1922 31,7 %, 1923 dagegen 22,5 %.

Nach dem Kriege begann bald im Aufnahmejahr 1919/20 eine erhebliche Zunahme der Alkoholerkrankungen, die sich 1920/21 auf dem Gebiete des chronischen Alkoholismus weiter verstärkte. 1921/22 trat eine gewaltige Aufwärtsbewegung auf dem gesamten Gebiete der alkoholischen Erkrankungen ein, nämlich 100 chronische Alkoholisten, 54 Rauschzustände und nicht weniger als 17 Geisteskrankheiten. (Gegenüber dem Vorjahre beträgt demnach die Zahl der Zunahmen 60 chronische Alkoholisten, 29 Rauschzustände, 14 Geisteskrankheiten.) Die Gesamtaufnahmen von Alkoholkranken demnach 171 gegenüber 71 im Vorjahre, d. h. 131 % mehr als im Vorjahre. Zwar liegt mir das Material aus anderen Anstalten nicht vor. Jedoch lassen Bemerkungen in der Literatur sowie die dauernden Eingaben und Bestrebungen der Abstinenzvereine mit Sicherheit darauf schließen, daß sich die Kurven auch anderweitig in Deutschland und Österreich in ähnlicher Linie bewegen.

Diese Zunahme macht aber im Jahre 1922 halt.

Die Gesamtaufnahmen von alkoholischen Erkrankungen betrugen 166 im Jahre 1922 gegenüber 171 im Vorjahre, blieben also im ganzen unverändert. Interessant ist es nun, daß im Jahre 1922 der größte Teil der Aufnahmen in die erste Hälfte des Jahres fällt, während gegen Ende des Jahres die Aufnahmen beträchtlich abnehmen. Es ist deshalb notwendig, die Aufnahmen während der einzelnen Monate festzustellen und die Gründe zu untersuchen, die zu dieser Abnahme führten.

Als wirksame Faktoren hierfür sind zu nennen: die Einschränkungen des Alkoholausschanks und die Verteuerung des Alkohols. Auch andere Gründe wirtschaftlicher Natur könnten in Betracht zu ziehen sein. Zunächst seien die vom Oberpräsidenten und Polizei erlassenen Verordnungen kurz angegeben:

Am 18. 10. 1922 wurde seitens des Oberpräsidenten der Provinz Niederschlesien ein Ausschankverbot von Branntwein und Spirituosen für bestimmte Tageszeiten erlassen, und es ist wichtig festzustellen,

nicht allein aus medizinischem, sondern allgemein volkswirtschaftlichem Interesse, ob diese Verbote und die folgenden Verordnungen imstande waren, irgendeine Wirkung auf die Ausbreitung der Alkoholpsychosen auszuüben. Diese Verordnung (veröffentlicht in einer Sonderausgabe im Amtsblatt der Regierung am 30. 10. 22) besagt im wesentlichen:

§ 1.

Ausschank von Branntwein oder Spiritus ist in allen Cafés, Gast-, Speise- und Schankwirtschaften in der Zeit von 9 Uhr abends bis 8 Uhr morgens verboten.

§ 2.

Als Branntwein oder Spiritus gelten alle Flüssigkeiten, die durch Gärung und Destillation aus Obst und sonstigen Pflanzenstoffen gewonnen werden und aus Wasser und Alkohol bestehen, sowie die zum Trinkgenuß bestimmten Flüssigkeiten, welche hieraus hergestellt oder hiermit in einem das Maß eines zur Haltbarmachung des Getränkes notwendigen Spritzusatzes überschreitenden Umfange gemacht sind, insbesondere auch Liköre, Kognak, Grog.

§ 3.

droht bei Zuwiderhandlungen, soweit etwa nicht höhere Strafen vorgesehen sind, Geldstrafen bis 600 M. an.

Dieses Verbot erfuhr durch eine erneute Verordnung des Oberpräsidenten vom 15. 12. 22 eine gewisse Milderung.

Ihr wichtigster Inhalt ist:

§ 1.

Der Ausschank von Branntwein oder Spiritus ist in allen Branntweinschankstätten, Likörstuben, Kabaretts, Bars, Dielen, die als solche den Gewerbebetrieb gegenwärtig ausüben, von 6 Uhr abends bis 8 Uhr morgens verboten.

§ 2.

In allen sonstigen Gast- und Speisewirtschaften, Weinhandlungen und Cafés ist der Ausschank von Branntwein oder Spiritus von 9 Uhr abends bis 8 Uhr morgens verboten.

In diesen Betrieben ist jedoch von 9 Uhr bis 11 Uhr abends der Ausschank von Kognak, Arak, Rum und Grog gestattet.

§ 6 stellt Zuwiderhandlungen unter Strafe.

Eine Erleichterung gegenüber der ersten Verordnung liegt in dem zweiten Absatz des § 2, wonach bereits zwischen 9 bis 11 Uhr der Ausschank einiger Spirituosen gestattet war.

Am 19. Januar 1923 wurde die Polizeistunde für Cafés, Gast-, Speise- und Schankwirtschaften auf spätestens 10 Uhr, Sonnabend und Sonntag auf 11 Uhr festgesetzt. Öffentliche Tanzlustbarkeiten sowie private Tanzlustbarkeiten in Schank- und Speisewirtschaften wurden verboten.

Am 15. Februar wurde die Polizeistunde auf 11 Uhr, Sonnabends 12 Uhr festgesetzt.

Öffentliche Tanzlustbarkeiten waren an höchstens 3 Tagen erlaubt.

1922	Akute Rauschzustände m.	Akute Rauschzustände w.	Chron. Alkoh. m.	Chron. Alkoh. w.	Del. trem. m.	Del. trem. w.	Korsakoff m.	Korsakoff w.	Halluz. m.	Summa m.	Summa w.
April	2	(—)	12	(—)	1	(—)	—			15	(—)
Mai	3	(—)	11	(—)	1	(—)	—		1	16	(—)
Juni	6	(1)	11	(—)	—	(—)	—			17	(1)
Juli	9	(2)	11	(2)	1	(—)	—			21	(4)
August	5	(2)	10	(3)	1	(—)	—			16	(5)
September	—	(—)	12	(1)	2	(—)	—			14	(1)
Oktober											
1. Woche	1	(—)	4	(—)	1	(—)	—			6	(—)
2. „	—	(—)	—	(—)	—	(—)	—			—	(—)
3. „	1	(—) 2	4	(—) 9 (1)	1	(—) 3	—			6	(—) 14 (1)
4. „	—	(—)	1	(1)	1	(—)		—		2	(1)
November											
1. Woche	1	(—)	1	(—)	1	(—)	—			3	(—)
2. „	—	(—)	2	(—)	—	(—)	—			2	(—)
3. „	1	(—) 2	—	(—) 3	—	(—) 1	—			1	(—) 6 (—)
4. „	—	(—)	—	(—)	—	(—)	—			—	(—)
Dezember											
1. Woche	2	(1)	1	(—)	1	(—)	—			4	(1)
2. „	—	(—)	1	(—) 2 (1)	—	(—) 1	1	(—) 1		2	(—) 6 (4)
3. „	—	(—) 2 (3)	—	(—)	—	(—)	—			—	(—)
4. „	—	(2)	—	(1)	—	(—)	—			—	(3)
Januar	1	(—)	8	(—)	2	(—)	—			11	(—)
Februar	2	(1)	1	(—)	—	(—)	—	(1)	1	4	(2)
März	1	(—)	5	(—)	—	(—)	1	(—)	1	8	(—)

Für die Monate April 1922 bis April 1924 betrugen die Aufnahmen an Alkoholerkrankungen in der Heilanstalt (die Zahlen für 1922 sind in der Tabelle S. 102 wiedergegeben):

1923	Rausch-zustände		Chron. Alkoh.		Del. trem.		Kors.		Summa	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
April	1		4	(2)	2		—		7	(2)
Mai	3		5	(1)	—		—		8	(1)
Juni	1		5		1		—		7	
Juli	4	(1)	6		1		—		11	(1)
August	3		3		—		—		6	
September	2	(1)	3		—		—		5	(1)
Oktober	3		1		—		—		4	
November	2		1		—		—		3	
Dezember	3		6	(1)	—		1	(1)	10	(2)
Januar	2		8		—		—		10	
Februar	—	(1)	6	(1)	—	(1)	—		6	(3)
März	4		9		—		—		13	

Im Anschluß daran gebe ich für den gleichen Zeitraum die Zahlen der Breslauer Universitäts-Nervenklinik und des Städtischen Allerheiligen-Hospitals, die mir ebenfalls zur Verfügung gestellt wurden. (Ich habe für die Nervenklinik nur die Einteilung in Delirium tremens und Alkoholisten ganz allgemein vornehmen können, da mir nähere Einzelheiten nicht zur Verfügung standen. Unter ihnen sind die meisten chronische Alkoholisten. Aufnahmen infolge eines akuten Rausches kommen weniger in Betracht.)

Das Material des Allerheiligen-Hospitals füge ich lediglich der Vollständigkeit halber hinzu. Es sind dies durchweg akute Rauschzustände, die nach 1, selten 2 Tagen wieder als geheilt entlassen wurden.

1922	Nervenklinik		Hospital
	Del. trem.	Alkoholisten	
April	1	4	3
Mai	0	4	2
Juni	0	5 (davon 1 2×)	1
Juli	1 (+ 1)	1	3
August	0	1	4
September	0	2 (davon 1 2×)	1
Oktober	0	4	1
November	1	2	2
Dezember	0	2	0
Januar	0	1	3
Februar	0	2	1
März	0	2	1

1923	Nervenklinik	Allerheil.-Hospital
April	4	0
Mai	2	1
Juni	3 + 1 Del.	2
Juli	3	3
August	1	2
September	1	1
Oktober	1	1
November	1	0
Dezember	1	0
Januar	3	—
Februar	2	—
März	4	—

Es sei gleich bemerkt, daß sich eine besondere Kurve aus diesen Zahlen nicht gewinnen läßt, da sie in beiden Anstalten dauernd nur ganz geringe sind.

Auf eine Wiedergabe der Aufnahmeziffern in den vorangegangenen Jahren habe ich verzichtet, da diese Zahlen noch bedeutend geringer waren.

Es sind mir nun vom hiesigen Polizeipräsidium in liebenswürdiger Weise die Zahlen über die ins Polizeigefängnis wegen Trunkenheit Eingelieferten zur Verfügung gestellt worden. Da es sich hier wieder um größere Zahlen handelt, werden sich auch weitere Schlußfolgerungen aus ihnen ziehen lassen. Des Interesses wegen beginne ich mit den Zahlen des Jahres 1916, um auch hier die niedrigen Zahlen während der Kriegsjahre und den Anstieg nach dem Kriege zu demonstrieren. Die Zahl der Verhaftungen betrug 1916 7 Männer und 7 Frauen, 1917 7 Männer und 4 Frauen, 1918 15 Männer und 3 Frauen. Von April 1919 ab füge ich die Zahlen für jeden Monat bei. Sie lauten bis April 1924:

	1919		1920		1921		1922		1923	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
April	2	—	5	—	8	3	13	1	13	1
Mai	—	—	6	4	12	6	17	4	10	1
Juni	2	—	3	1	10	6	24	6	21	1
Juli	2	1	6	2	27	2	16	3	12	3
August	5	1	15	—	11	—	18	3	11	2
September	2	1	14	3	19	2	29	4	14	0
Oktober	1	1	14	—	24	5	5	—	15	7
November	4	2	16	2	15	3	11	3	10	2
Dezember	3	1	8	—	15	4	15	5	10	2
Januar	8	2	14	3	15	—	18	2	9	5
Februar	3	1	10	1	14	1	8	1	10	5
März	4	2	6	3	16	6	10	2	23	5
Summa.	36	12	117	19	186	38	184	34	158	34

Die Gesamtsumme der in den Jahren 1922 und 1923 aufgenommenen Rauschzustände (bestehend aus den Zahlen der Heilanstalt, Allerheiligen-Hospital und Polizeigefängnis) sowie chronischen Alkoholisten (Heilanstalt und Nervenklinik) beträgt demnach:

	Rauschzustände		chron. Alkohol. (einschl. Psychos.)	
	1922	1923	1922	1923
April	19	15	18	12
Mai	25	15	17	8
Juni	38	25	16	10
Juli	33	23	17	10
August	32	18	15	4
September	33	18	17	4
Oktober	8	26	17	2
November	18	14	7	2
Dezember	25	15	7	8
Januar	24	16	11	11
Februar	13	16	5	9
März	14	32	9	13

Es ergibt sich also folgendes Bild: In der Heilanstalt betrug bis zum 1. Oktober die Gesamtaufnahme in keinem Monat weniger als 15; ja im Juli betrug sie 25. Diese starke Zunahme in den Sommermonaten, die vor allem die akuten Räusche betrifft, dürfte auf die in diesen Monaten herrschende Hitze zurückzuführen sein. Von akuten Räuschen waren im September keine zu verzeichnen, ihre Zahl stieg in den nächsten Monaten nicht über 2 hinaus, erst im Jahre 1923 sind in einigen Monaten 3 bis 4 zu verzeichnen. Anders verhält es sich mit den chronischen Alkoholisten, die eine stark schwankende Kurve aufweisen. Bis September 1922 betrugen sie bei den Männern 10—12 im Monat, im Oktober noch 9, um im November plötzlich auf 3 herunterzugehen. Im Dezember waren nur 2 Aufnahmen zu verzeichnen, erst im Januar 1923 war ein Ansteigen auf 8 festzustellen, um im Februar auf nur 1 Aufnahme zu sinken. In den nächsten Monaten schwankte die Zahl zwischen 3 und 5, stieg im Juli auf 6, ging im August wieder bis 3 herunter und betrug (nach einer geringen Erholung im September) nur je 1 im Oktober und November. Seit Dezember ist wieder ein langsames, stetiges Ansteigen festzustellen. Ähnlich verhalten sich die angegebenen Gesamtzahlen der chron. Alkoholisten. Etwas anders bewegen sich die Zahlen des Polizeigefängnisses. Dort ist nach dem starken Sturz im Oktober 1922 im November bereits ein langsames Ansteigen festzustellen, das sich Dezember und Januar

weiter fortsetzt. Erst im Februar gehen dort die Zahlen wieder herunter, bewegen sich dann, abgesehen von einem starken Anstieg im Juni, dauernd in ungefähr gleicher Höhe.

Wie ist nun dieses außerordentlich starke Schwanken der Zahlen zu erklären? Zwei Faktoren sind, wie bereits eingangs erwähnt, zur Erklärung besonders heranzuziehen: das Alkoholverbot des Oberpräsidenten und die starke Verteuerung des Alkohols. Es bleibt zu untersuchen, welcher der beiden Faktoren sich als der wirksamere erweist.

Das starke Ansteigen der alkoholischen Erkrankungen nach dem Kriege ist ohne weiteres zu erklären. Der Verkauf der Spirituosen war völlig unbehindert, von einer relativen Verteuerung des Alkohols konnte keine Rede sein. Zwar war dieser ebenso wie der gesamte Lebensunterhalt nach dem Kriege gestiegen, aber die Löhne folgten dieser Preisbewegung in vollem Maße. Bevor ich darauf eingehe, welcher der beiden genannten Faktoren jeweils zur Erklärung für das Schwanken der Zahlen heranzuziehen ist, gebe ich für die Zeit vom Januar 1922 an die vom Statistischen Amt monatlich errechneten Teuerungszahlen (Reichsindexziffer) sowie vom Juli 1922 an die Preise der Spirituosen sowie Löhne der Arbeiter.

1922	Reichsindexziffer	1923	
Januar	20,41	Januar	1120
Februar	24,49	Februar	2443
März	28,97	März	2854
April	34,36		
Mai	38,03		
Juni	41,47		
Juli	53,92		
August	77,65		
September	135,19		
Oktober	220,66		
November	446,16		
Dezember	685,06		

Die Preise der Spirituosen sind mir von der Firma E. Fache, A.-G., für die Zeit vom Juli 1922 bis 1923 in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt worden. Ich lasse die Preiskurven für 4 Arten von Spirituosen hier folgen: Breslauer Krem (35 %), Weinbrand (35 %), Kognak (38 %), Curacao. Die ersten beiden Sorten gelten als billige Spirituosen, die von der arbeitenden Bevölkerung viel getrunken wer-

den. Curacao gehört zu den meist getrunkenen Likören. Für August und September 1922 konnte ich eine Preisliste nicht erhalten, für April und Mai 1923 lagen infolge der geringen Schwankungen keine neuen vor.

Die Preise betrugen:

	Bresl. Krem (35 %)	Weinbrand (35 %)	Kognak (38 %)	Curacao
1. Juli 1922...	68½ M.	103½ M.	118 M.	125 M.
24. „	107	130	142	182
2. Oktober ...	410	540	612	732
31. „	615	810	918	1 098
1. Dezember .	1 444	2 140	2 260	2 500
15. Januar 1923	2 840	3 500	3 720	4 160
1. Februar ...	4 160	4 820	5 040	5 480
15. März	11 500	13 700	14 800	17 220
5. Juni	12 000	13 600	14 200	18 600
25. Juli	109 000	131 000	142 000	164 000
2. August	285 T.	373 T.	406 T.	450 T.
10. „	505 T.	604 T.	607 T.	714 T.
18. „	1 820 T.	2 260 T.	2 480 T.	2 700 T.
1. September .	3 140 T.	3 800 T.	4 130 T.	4 460 T.
8. Oktober ...	217 200 T.	263 400 T.	292 000 T.	349 200 T.
25. „ ...	30 260 Mil.	36 000 Mil.	37 800 Mil.	339 200 Mil.
1. November .	3,20 M.	3,80 M.	4,05 M.	3,80 M.

(T. = Tausend, Mil. = Millionen.)

Zum Vergleich lasse ich für den gleichen Zeitraum eine Tabelle über die in gleicher Zeit erfolgten Lohnsteigerungen folgen, die ich einer Wirtschaftszeitung entnahm [1]). Ich wählte die Gruppe der Metallarbeiter, da die Lohntarife fast nur dieser Gruppe mir vollständig vorlagen, andererseits diese Gruppe am deutlichsten den Tarifen der Staatsarbeiter folgte. Ich wählte sie für gelernte und ungelernte, ledige und verheiratete (diese mit Frau und 2 Kindern). Es handelt sich um Wochenlöhne im Monatsdurchschnitt für volljährige Arbeiter. (S. Tabelle S. 12.)

Es ist nicht möglich, die Steigerung der Zahlen prozentual miteinander völlig zu vergleichen. Zu diesem Zwecke wäre es notwendig, sämtliche Ziffern stets für einen bestimmten Tag zu erhalten. Nun sind aber nur die Preise der Spirituosen für je einen bestimmten Tag festgelegt, Lohne und Indexziffer dagegen für das Monatsmittel errechnet, sodaß sich ein Vergleich schwer ziehen läßt. Für das Berichtsjahr 1922 ist dies in geringem Maße möglich — soweit mir die Preise der Spirituosen zur Verfügung stehen, da die Steigerung der Devisenkurse sich noch in einiger-

[1]) Handel und Wirtschaft 1922/23.

	gelernt		ungelernt	
	ledig	verheiratet	ledig	verheirat
Juni 1922	852 M.	1 022 M.	761 M.	931 M
Juli	929	1 133	883	1 042
August	1 290	1 494	1 199	1 403
September	2 566	2 774	2 339	2 570
Oktober	4 571	4 881	4 228	4 538
November	7 938	8 457	7 350	7 870
Dezember	12 594	13 026	10 922	11 354
Januar 1923 ...	17 878	18 825	15 510	16 457
Februar	41 T.	44 T.	36 T.	38 T.
März	61 T.	65 T.	53 T.	57 T.
April	62 T.	68 T.	53 T.	60 T.
Mai	69 T.	77 T.	60 T.	68 T.
Juni	157 T.	174 T.	136 T.	155 T.
Juli	635 T.	703 T.	550 T.	618 T.
August	11,7 Mil.	13,0 Mil.	9,09 Mil.	13,3 Mi
September	296 Mil.	328 Mil.	242 Mil.	275 Mil
Oktober	172 Milliard.	190 Milliard.	127 Milliard.	145 Millia
November	10,5 Bill.		8 Bill.	

(T = Tausend, Mil. = Millionen.)

maßen erträglichen Grenzen bewegten, die Preise also noch nicht täg stiegen, während im Jahre 1923 die Preise von Tag zu Tag in die H gingen.

Als Vergleichsmonat wählte ich zunächst Juli und November 19 erstens, da für diese Monate sämtliche Zahlen zur Verfügung steh zweitens, da im November zum ersten Male in der Heilanstalt ein star Sinken der Aufnahmen — besonders der chronischen Alkoholisten, nie unter 11 in den letzten Monaten heruntergegangen waren — fest stellen war. In dieser Zeit stieg der Lohn eines gelernten ledigen Arbeit von 929 auf 7938 M., d. h. um das 8½fache. Der Preis für Weinbra stieg von 130 M. am 24. Juli auf 810 M. am 1. November, d. h. nur das 6,2fache. Nun ist allerdings zu beachten, daß die Löhne für Monatsmittel, die Spirituosenpreise für einen bestimmten Tag festgese sind; man muß daher annehmen, daß im Laufe des November die Pre noch einmal heraufgesetzt wurden, so daß sich die für die Spirituos errechnete Zahl noch erhöhen dürfte. Den besten Anhaltspunkt wird u daher die Reichsindexziffer geben, da sie ebenso wie die Löhne für Monatsmittel errechnet ist. Diese stieg von 53,92 im Juli auf 446, im November, d. h. um das 8,2fache, die Spirituosen sogar nur um das 6— fache. Von einer relativen Verteuerung des Alkohols kann mithin dahin keine Rede sein. Der Rückgang der Alkoholisten ist mithin kein wegs auf die Verteuerung des Alkohols zurückzuführen. Im Dezemb in dem auch nur 2 chronische Alkoholisten aufgenommen wurden, steig die Löhne gegenüber dem Vormonat um etwas mehr als 50 %, die Inde ziffer um dieselbe Zahl, während der Preis für Weinbrand um ca. 150

ieg. Es ist jedoch hervorzuheben, daß die Preise für die Spirituosen r den 1. Dezember festgelegt sind, die Preisentwicklung im Dezember rin nicht zum Ausdruck kommt. Immerhin können wir im Dezember reits von einer relativen Verteuerung des Alkohols sprechen. Im Januar iben bereits die Löhne hinter der Indexzahl zurück. Während diese ı ca. 65 % gegenüber dem Vormonat steigt, steigen die Löhne um niger als 50 %, die Spirituosen in ungefähr gleichem Maße wie die dexzahl. Im Februar steigen Indexzahl und Löhne in ungefähr gleichem rhältnis (je ca. 120 %), während dieses Mal die Spirituosen nur ca. 40 % igen, also weit im Preise zurückbleiben. Auch unserem ursprünglichen rgleichsmonat Juli gegenüber ist jetzt keine relative Verteuerung des kohols eingetreten. Während Löhne und Indexzahl um das 45fache iegen sind, stiegen die Spirituosen nur um das 37fache. Die Spiri- sen haben also ihre starke Steigerung im Dezember wieder ausgeglichen. ses Verhältnis ändert sich völlig im März. In der Zeit von Juli 1922 bis rz 1923 stiegen die Löhne von 929 auf 61 000 M., d. h. um das 65fache, Indexzahl von 53,92 auf 2854, d. h. nur um das 53fache, Weinbrand n 130 auf 13 700 M., d. h. mehr als das 100fache. Hier können wir also ch von einer relativen Verteuerung des Alkohols wieder sprechen, ob- ich die Löhne mehr als die Unterhaltskosten stiegen, dadurch also ein wisser Ausgleich geschaffen wurde.

Für den übrigen Teil des Jahres 1923 läßt sich ein solcher Vergleich m noch durchführen, da bei den täglich eintretenden Preissteigerungen rchschnittswerte eines Monats ein ganz falsches Bild ergeben müssen. dem wurden die Löhne oft erst ausgezahlt, wenn sie bereits wieder ent- rtet waren. Immerhin sei der Versuch eines Vergleichs gemacht. Im li 1922 erhielt ein unverheirateter ungelernter Arbeiter 929 M., im Juli 23 635 000 M., d. h. das 683fache. Einen späteren Monat als Juli zu wählen, nicht möglich, da bereits im August die Preissteigerungen von Tag Tag größer wurden. In angegebener Zeit stieg der Preis für Weinbrand n 103 M. auf 131 000 M., d. h. um das 1266fache, d. h. im gleichen Zeit- m fast um das Doppelte gegenüber den Löhnen. Selbst wenn ich als rchschnittszahl für Juli 115 M. Lohn annehme, beträgt die Steigerung s 1139fache. Für spätere Monate wird diese Vergleichszahl kleiner, es scheinen sogar September und Oktober 1923 die Lohnsteigerungen ößer zu sein als die Preissteigerungen für Spirituosen. Aber, wie schon wähnt, ist für diese Zeit ein Vergleich eben unmöglich, da die täglichen reissteigerungen zu groß waren. Mehr als alle Zahlen spricht letzten ndes die allen bekannte Tatsache, daß die Löhne kaum zu dem aller- twendigsten Lebensunterhalt ausreichten, wie es ja Alkoholisten selbst ssagten. Immerhin ist für den noch maßgebenden Monat Juli auch der ahlennachweis erbracht. Es ist weiterhin zu beachten, daß in jenen ritischen Monaten die Zahl der Erwerbslosen und Kurzarbeiter täglich nahm, die einen ansehnlichen Teil der Bevölkerung ausmachen, die eine ndlich unzulängliche Unterstützung erhielten. Auch ihnen war es nicht öglich, sich Alkohol zu kaufen!

Bevor ich zu den Schlußfolgerungen übergehe, die aus diesen ge- amten Berechnungen zu ziehen sind, muß man darauf hinweisen, daß

es natürlich nicht angängig ist, jedes einzelne Schwanken unsere Kurven zu erklären, da der Zufall selbstverständlich dabei eine Roll spielt. Bis November 1922 war eine Verteuerung des Alkohols nich eingetreten. Der Sturz der Rauschzustände (Gefängnis) im Oktobe und der chronischen Alkoholisten im November ist daher nur als ein Folge des im Oktober erlassenen Alkoholverbots anzusehen. De Teuerungsfaktor spielt hier noch nicht die geringste Rolle. Anders in Dezember. Hier war bereits eine Verteuerung des Alkohols dazu getreten, die hemmend auf seinen Verbrauch wirkte. Bemerkenswer ist die Zunahme der Rauschzustände, die vielleicht als eine Folge de in diesem Monat eingetretenen Milderung des Verbots anzusehen ist In gleichem Sinne scheint das Ansteigen der chronischen Alkoholiste im Januar zu sprechen, das möglicherweise aber ein rein zufälliges ist Immerhin bleibt ihre Zahl gegenüber früheren Monaten erheblich zurück. Interessant ist nun der starke Sturz der Rauschzustände un chron. Alkoholisten im Februar, in dem gleichen Monat, für den ehe eine Verbilligung des Alkohols festgestellt wurde. Hier macht sich anscheinend die im Januar eingetretene Verkürzung der Polizeistund bemerkbar. Auch eine Nachwirkung der vorhergehenden starke Teuerung käme in Frage. Die niederen Zahlen des März, in dem bereit die Polizeistunde verlängert war, ist eine Folge der in diesem Mona eingetretenen wesentlichen Verteuerung des Alkohols. Das Alkohol verbot fand bereits damals keinerlei Beachtung mehr; eine Wirkung de Verbots kommt hier kaum noch in Frage. Dies zeigt sich auch in dem langsamen Anstieg bis zum Juli. Erst im August beginnt ein neue Sturz der chron. Alkoholisten (die akuten fielen bereits im Juli ab) der sich unter geringen Schwankungen bis zum November fortsetzt. Dieser starke Rückgang ist vor allem durch die Inflation zu erklären, die in diese Zeit fällt. Die äußerst starke, tägliche Verteuerung der Spirituosen, die fortschreitende Entwertung des Geldes mußten, wie in allen anderen Gewerben, einen starken Rückgang des Alkoholverbrauchs zur Folge haben. Dafür spricht auch die Tatsache, daß im Dezember, dem ersten Monat der Stabilität unserer Währung, ein Anstieg der Erkrankungen beginnt, der sich in den nächsten Monaten weiter fortsetzt. Mit der Stabilität tritt zugleich eine, in Wirklichkeit jedoch nur scheinbare Verbilligung des Alkohols ein. Zusammenfassend ist also zu sagen, daß der Rückgang der Erkrankungen im Oktober und November, zum Teil auch im Dezember eine Wirkung des Verbots war, der Rückgang im Februar vor allem eine Wirkung der verkürzten Polizeistunde. Die übrigen niedrigen Zahlen lassen sich aus der ab-

soluten und relativen Verteuerung des Alkohols ohne weiteres erklären.

Man kann allerdings den Rückgang der Alkoholaufnahmen im Jahre 1923 noch auf etwas anderes zurückführen. Bekanntlich bereiteten die Krankenkassen in der Bewilligung von Krankenhausaufenthalt große Schwierigkeiten, ja, sie verweigerten ihn oft. Der Rückgang der Alkoholikeraufnahmen könnte auch hierin seinen Grund haben. Tatsächlich sind auch die auf Kassenschein erfolgten Aufnahmen von Alkoholikern im Jahre 1923 auf ungefähr den dritten Teil zurückgegangen, während die Zahl der im Laufe des Jahres auf Armenattest und als Notfälle eingelieferten Patienten nicht zurückging, ja, letztere nahmen sogar unerheblich zu.

Nachstehende Tabelle zeigt die Verteilung in den Jahren 1922/23:

	1922		1923	
	Notfall u. Armenattest	Kasse	Notfall u. Armenattest	Kasse
April	6	9	5	2
Mai	4	12	4	4
Juni	5	12	6	1
Juli	5	16	6	4
August	8	8	2	4
September	8	6	5	1
Oktober	7	6	4	—
November	5	1	2	1
Dezember	3	3	4	5
Januar	5	6	8	2
Februar	2	2	4	1
März	1	6	11	2
Summa ..	59	87	61	27

Die geringere Zahl der Alkoholiker scheint mithin in dem Ausbleiben der Kassenpatienten ihren Grund zu haben. Gegen diese Annahme spricht nun einmal das seit Juli völlige Fehlen der alkoholischen Geisteskrankheiten, mithin von Fällen, die ohne weiteres einer Anstalt überwiesen werden müssen. Zugleich nahm aber in der Anstalt — es ist jetzt nur von chronischen Alkoholisten die Rede, denn die Zahl der Räusche war bereits in jenen Monaten ganz gering, in denen die Kassen noch keine Schwierigkeiten bereiteten — in den kritischen Monaten der Inflation auch die Zahl der als Notfälle und auf Armenattest Eingelieferten ab und stieg erst während der Stabilität der Währung wieder an. Auch die Zahl der Kassenpatienten war im Jahre 1923 in den Monaten, in denen die Kasse noch keine Schwierigkeiten machte, bedeutend geringer als im Vorjahre. Zugleich ist damit zu

rechnen, daß ein Teil der chronischen Alkoholisten, die früher auf Kassenschein eingeliefert wurden, jetzt als Notfälle oder auf Armenattest hereinkamen, nachdem sie von den Kassen abgewiesen waren. Im Widerspruch scheint die Zunahme der einfachen Räusche im Polizeigefängnis zu stehen. Es ist aber die Annahme berechtigt, daß es sich hier zumeist um Gelegenheitsräusche handelte, wozu schließlich bei vielen noch das Geld ausreichte, während für die chronischen Alkoholisten, die in unserer Anstalt aufgenommen werden, die fast durchweg aus Arbeiter- und Arbeitslosenkreisen stammen, die Mittel zum chronischen Gebrauch des Alkohols in jener Zeit nicht mehr vorhanden waren. Auch ging die Zahl der Alkoholkranken von 31,7 % der Gesamtaufnahmen im Jahre 1922 auf 22,5 % im Jahre 1923 zurück, während sich die übrigen Psychosen nur um eine ganz geringe Zahl verminderten.

Es ist ferner zu erwähnen, daß die Beratungsstelle der Trinkerfürsorge in den Jahren 1921 und 22 je 65mal von Alkoholikern oder deren Angehörigen in Anspruch genommen wurde, 1923 dagegen nur 43mal. Auch hier ist also ein deutlicher Rückgang festzustellen. (Gegenüber den Vorkriegsjahren ist der Rückgang ein sehr erheblicher. 1912 wurde die Sprechstunde in 161 Fällen, 1913 in 104 Fällen aufgesucht. Für die Kriegsjahre wurde sie gänzlich geschlossen.)

Stehen nun diesen Wirkungen des Alkoholverbots bzw. seiner scharfen Preissteigerung irgendwelche Nachteile gegenüber, d. h. sind andersartige Vergiftungen durch Stoffe, die dem Publikum leichter zur Verfügung standen, zahlreicher geworden? In erster Linie kommen Vergiftungen durch Brennspiritus in Betracht, der ja ohne weiteres erhältlich war. Nach Aussagen der Patienten war der Verbrauch von Brennspiritus sehr verbreitet. Dieser Brennspiritus ist mit Pyridinbasen versetzt, die eine giftige Wirkung ausüben könnten. Ich habe in sämtlichen größeren Breslauer Krankenhäusern eine Umfrage gehalten, um festzustellen, ob Vergiftungen dieser Art zur Zeit des Verbots und der Preissteigerungen in größerem Umfange zur Beobachtung kamen. Keines der Krankenhäuser außer dem Städtischen Allerheiligen-Hospital hatte überhaupt Fälle von tödlichen Alkoholvergiftungen aufzuweisen. Dort sind 3 tödlich verlaufene Fälle von angeblichen Alkoholvergiftungen beobachtet. In dem ersten war als Todesursache eine Bronchopneumonie anzusehen, im zweiten eine bei der Sektion festgestellte Enzephalomalazia. Beide Fälle haben daher von vornherein für unsere Beobachtungen auszuscheiden. Als drittes verfügt das Krankenhaus über einen Fall, der im Aufnahmebuch als schwerste

Alkoholvergiftung bezeichnet wird. Da er bald nach der Aufnahme ad exitum kam, liegt ein Krankenblatt nicht vor. Sektion wurde nicht vorgenommen. Ob es sich hier um einen Fall von Brennspiritusvergiftung handelt, ist nicht zu entscheiden.

Mit Sicherheit ist demnach kein Fall von tödlicher Alkoholvergiftung zur Beobachtung gekommen, eine nachteilige Wirkung des Verbots ist nach dieser Seite nicht festzustellen.

Es ist die Frage aufzuwerfen, ob sonstige Gifte, insbesondere Morphium und Kokain, aus Mangel an Alkohol reichlicher genossen werden. *Peretti* kann von einer geringen Zunahme solcher Vergiftungen im Kriege sprechen, weist aber darauf hin, daß der Alkoholismus durch unsere Trinksitten gezüchtet wird, der Morphinismus eine auf ganz andere Bedingungen zurückzuführende krankhafte Sucht darstellt. Ein Alkoholiker nimmt noch lange nicht Morphium oder Kokain zu sich. Auch die Zahlen der Heilanstalt sprechen in diesem Sinne. 1912 wurde kein Fall von chronischem Morphinismus, 1914 3 festgestellt, 1915 einer. 1922, in demselben Jahre, in dem das Alkoholverbot herauskam, wurde ebenfalls nur 1 Fall festgestellt, 1923 jedoch 6. Auch in dieser Richtung ist also eine ungünstige Wirkung des Alkoholverbots und seiner Verteuerung nicht festzustellen.

Bevor ich zu den Nutzanwendungen übergehe, die aus den gesamten Erörterungen zu ziehen sind, will ich noch auf etwas anderes hinweisen. Das Delirium tremens war bekanntlich im Kriege fast völlig geschwunden, nur ganz vereinzelt wurde ein Fall beobachtet. Den Universitätskliniken fehlte das notwendige Unterrichtsmaterial, auch die Breslauer Klinik hatte darüber zu klagen. Die Heilanstalt hatte 1918/19 je einen Fall, die beiden folgenden Jahre bereits 3 Fälle zu verzeichnen, im Berichtsjahre 1921/22 waren bereits 12 Fälle von Delirium tremens zu verzeichnen. In den Monaten April 1922 bis April 1923 wurden 13 Fälle von Delirium tremens aufgenommen. Die ersten Fälle von Delirium tremens betreffen vor allem Gastwirte und Kellner. Diese plötzliche Häufigkeit des Delirium tremens ist etwas sehr Auffallendes. Während in Friedenszeiten das Delirium erst nach 4—10jährigem [1]) Alkoholgenuß auftrat, war jetzt eine Anhäufung dieser Geisteserkrankung bereits 1921/22 festzustellen, nachdem bereits in den vorangegangenen Jahren ein leichtes Ansteigen der Zahl zu erkennen war. Das Delirium trat demnach bereits nach ca. 2—3jährigem Alhoholgenuß auf. Aus den Krankengeschichten geht deutlich hervor, daß die meisten dieser Patienten entweder nach dem Kriege zu trinken anfingen oder aber bereits vor dem Kriege tranken, während des Krieges davon abließen und dann erneut begannen. Worauf ist nun das Auftreten des Delirium tremens nach so kurzer Zeit zurückzuführen? Diese Frage zu beantworten, ist vorderhand nicht möglich, denn es kann

[1]) *Binswanger*, Lehrbuch der Psychiatrie.

sich lediglich um Vermutungen handeln. Zwei Faktoren kommen in Frage: die geringe Widerstandsfähigkeit des Körpers und die Zusammensetzung der Spirituosen. Unsere Bevölkerung hat während der Kriegsjahre eine starke Verminderung ihrer Widerstandsfähigkeit erfahren. Zugleich wird man wohl mit einer Abnahme der Lipoide im Gehirn zu rechnen haben, die möglicherweise — es handelt sich um eine ganz vage Vermutung — einen gewissen Schutz gegen das vorzeitige Auftreten der Geisteskrankheiten bilden. Vielleicht ist auch die Ursache nicht lokal im Cerebrum zu suchen, sondern in der allgemein herabgesetzten Widerstandsfähigkeit. Vor dem Kriege wurde von *Rosenfeld* [1]) folgender Versuch an Hunden vorgenommen: er gab ihnen eine bestimmte Menge Alkohol, einem Teil von ihnen außerdem ein großes Quantum Kohlehydrate. Es stellte sich nun heraus, daß alle Tiere an Vergiftungserscheinungen erkrankten, aber bei den Tieren, die keine Kohlehydrate erhielten, gleichzeitig psychische Veränderungen eintraten. Die Zufuhr der Kohlehydrate scheint demnach einen gewissen Schutz gegen den Eintritt psychischer Veränderungen ausgeübt zu haben. Vielleicht spielt nun ein ähnlicher Faktor für das Auftreten des Delirium tremens eine Rolle. Die geringen Zufuhren von Nahrungsstoffen und das geringe Reservematerial des Körpers an diesen Stoffen könnten vielleicht den früheren Auftritt des Delirium tremens herbeiführen. Als 2. Faktor kommt die jetzige Zusammensetzung der Spirituosen in Betracht, die möglicherweise den früheren Eintritt der Krankheit bedingt. In Friedenszeiten wurde fast durchweg die Kartoffel als Rohstoff zur Gewinnung des Spiritus genommen. Infolge der Zwangsbewirtschaftung der Kartoffeln wurden Mais und Melasse in etwas höherem Maße zur Spritgewinnung herangezogen. Bei dem aus der Melasse gewonnenen Sprit soll es sich um ein im großen und ganzen dem aus der Kartoffel gewonnenen gleichwertiges Material handeln. Ob dies in gleicher Weise bei dem aus dem Mais gewonnenen Sprit der Fall ist — der Mais gilt bekanntlich als Erreger der Pellagra —, ist nicht ganz sicher. Die Destillation und Reinigung des Monopolspiritus soll in der gleichen Weise wie vor dem Kriege vor sich gehen, mit irgendwelcher Verunreinigung des Monopolspiritus ist daher nicht zu rechnen. Welche Stoffe nun besonders zur Verbilligung dem Alkohol seitens der Fabriken zugesetzt werden, war nicht festzustellen. Es entzieht sich daher der Beurteilung, ob in den zum Verkauf gelangenden Spirituosen Stoffe vorhanden sind, die eine gewisse Giftigkeit ausüben. Um Zusatz von Amylalkohol soll es sich keinesweges handeln, da dieser als wertvolles Material in anderen Industriezweigen Verwendung findet. Synthetisch hergestellte Spirituosen sollen überhaupt nicht zu Trinkzwecken Verwendung finden, da sie weit teurer als die durch Destillation gewonnenen sind.

So sind wir in Beantwortung der Frage nach dem früheren Auftreten des Delirium tremens vorläufig lediglich auf Vermutungen angewiesen.

Die Zusammenstellung des gesamten Materials hat zweifellos ergeben, daß die Alkoholverbote einen auffallenden Rückgang der al-

[1]) Zentralblatt für innere Medizin, 21. Jahrg., Nr. 42.

koholischen Erkrankungen wenn auch nur von kurzer Dauer zur Folge hatten. In gleichem oder noch stärkerem Sinne wirkte die Verteuerung des Alkohols. Wir haben zweifellos bei der Stabilität unserer Währung nach früheren Erfahrungen mit einem erneuten Ansteigen der Alkoholerkrankungen zu rechnen. Bereits die Zunahme der Erkrankungen seit Dezember, dem ersten Monat der Stabilität, scheint in diesem Sinne zu sprechen[1]). Das Verbot des Oberpräsidenten wird — es ist ein offenes Geheimnis — jetzt nirgends beachtet, die Polizeistunde ist vom 1. April ab für 1 Uhr festgesetzt. Schon gehen durch die Presse Nachrichten, nach denen die Erteilung von Konzessionen für die ganze Nacht seitens der Regierung geplant wird. Die Möglichkeit des Alkoholgenusses ist daher die denkbar größte und freieste. Im medizinischen und sozialen Interesse ist dem zu begegnen. In mehrfacher Richtung kann nach den Erfahrungen aus unseren Statistiken einer erneuten Ausbreitung der Erkrankungen entgegengewirkt werden. Das erste wäre ein erneutes Verbot des Ausschankes von Spirituosen während der späten Abendstunden. Eine Wirkung kann man sich aber nur dann versprechen, wenn für seine Innehaltung seitens aller Behörden wirklich Sorge getragen wird, es also nicht dem gleichen Schicksal verfällt wie das letzte Verbot. Ein weiteres Mittel, den Genuß der Spirituosen einzuschränken, hat uns ihre Verteuerung gezeigt. In gleicher Weise würde eine erhöhte Besteuerung des Alkohols wirken, auch sie würde einen Rückgang im Konsum zur Folge haben.

Diese Erfahrung ist nicht neu, sie bestand bereits lange vor dem Kriege. So konnte *Wernicke* bereits 1889[2]) berichten, daß die Zahl der Deliranten, die in der Zeit vom 1. 10. 1886 bis 1. 5. 1887 noch 152 betrug, im gleichen Zeitraum des folgenden Jahres nur noch 52 betrug. Es war nämlich am 1. 10. 1887 eine erhöhte Besteuerung des Alkohols eingetreten. Ähnliches berichtet *Jeske*[3]) über die Wirkung der Branntweinbesteuerung von 1909, durch die sich die Preise für Trinkbranntwein um ca. 35 % im Kleinhandel erhöhten. Die Folge war, daß in Breslau das Delirium tremens um 50 %, die übrigen alkoholischen Erkrankungen um 28,5 % abnahmen. Eine weitere Ursache im Rückgang der alkoholischen Erkrankungen sieht *Jeske* in dem damals einsetzen-

[1]) In den ersten Monaten des jetzigen Aufnahmejahres setzen sich die Aufnahmen in verstärktem Maße fort.

[2]) *Wernicke*, Über die Irrenversorgung der Stadt Breslau. Ztschr. f. Psych. 1889, 45. Bd., 4. Heft, S. 438.

[3]) *Jeske*, Die Abnahme des Del. tremens. Allgem. Ztschr. f. Psych. 68. Bd., 3. Heft, S. 353.

den Schnapsboykott seitens der Sozialisten, der sich gegen die erhöhte Besteuerung richtete. Er gibt jedoch zu, daß seine Wirkung weit weniger nachhaltig war, besonders da bald Propaganda und Begeisterung dafür abnahmen.

Vielleicht kann man zwischen den Ergebnissen *Jeskes* und denen dieser Arbeit eine Parallele ziehen. Damals bewirkten Schnapsboykott und Steuern einen Rückgang der Alkoholerkrankungen, jetzt waren es Schnapsverbot und allgemeine Teuerung. Beide Male ist der Verteuerung des Alkohols die wirksamere Rolle zuzuschreiben. Ebenso wie die Wirkung des Boykotts eine ganz vorübergehende war, so war die Wirkung des Alkoholverbots nur von ganz kurzer Dauer, da sich eben bald niemand mehr um das Verbot kümmerte.

Eine weitere Möglichkeit zum Rückgang der alkoholischen Erkrankungen wäre mit größter Wahrscheinlichkeit durch eine Einschränkung von Konzessionen zu erzielen. Bisher wurden fast ungehindert Konzessionen erteilt, allein im Jahre 1919 ist die Zahl der neu erteilten Konzessionen in Breslau um über 100 gestiegen. Allerdings handelt es sich nicht durchweg um Neukonzessionen, sondern um Vervollständigung von ½- und ¾-Konzessionen. Dem letzten Reichstag lag nun zur Beratung der Entwurf eines Schankstättengesetzes vor, das die Möglichkeit der Einführung des Gemeindebestimmungsrechtes enthielt. Darnach hat in jedem Bezirk, in dem eine Neukonzession erteilt werden soll, zunächst die Bürgerschaft des betreffenden Bezirkes darüber abzustimmen. Dieses Verfahren schließt sich an dasjenige an, das von *Helenius*[1]) als am wirksamsten zur Bekämpfung des Alkoholismus in Norwegen bezeichnet wird. Dieses ist wieder nach schwedischem Muster geschaffen. Es handelt sich in Schweden um das Gothenburger System, dessen Grundsatz darin besteht, „daß in den betreffenden Gemeinden der Branntweinhandel einer Aktiengesellschaft überlassen wird, welche auf das eingesetzte Kapital nur mäßige Zinsen bekommt, den sämtlichen übrigen Gewinn aber zu gemeinnützigen Zwecken anschlägt." Da der Schankwirt der eigentlichen Arbeiterschänken für den Verkauf von Speisen und nichtalkoholischen Getränken eine gewisse Provision erhält, so hat er kein Interesse, den Verkauf von Branntwein besonders zu begünstigen.

Mit diesem System hat das in dem Schankstättengesetz enthaltene Gemeindebestimmungsrecht kaum Ähnlichkeit, vielmehr ähnelt es mehr den in Norwegen geltenden Bestimmungen. 1894 erhielt das

[1]) *Helenius*, Die Alkoholfrage.

norwegische Volk das Recht, durch allgemeine Abstimmung, an der alle Männer und Frauen, die das 25. Jahr überschritten hatten, teilnehmen durften, über das Bestehen oder Nichtbestehen der Branntweinaktiengesellschaften in ihren Gemeinden zu entscheiden. Wenn die Gesellschaft bei der Abstimmung durchgefallen ist, darf kein Detailverkauf noch Ausschank stattfinden. In der Tat war der Branntweinkonsum in den Jahren am geringsten, in denen die meisten Gesellschaften durchfielen.

In Breslau wie in anderen Städten fanden bereits Probeabstimmungen statt, deren Resultate mir von Herrn Prof. Dr. *Rosenfeld* in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt wurden. In 14 Bezirken wurden gegen die Erteilung von Konzessionen 78—100 % Stimmen abgegeben. Hierzu ist zu bemerken, daß es sich zum größten Teil um Arbeitergegenden handelt, in einem anderen verkehren besonders Prostituierte nebst ihrem Anhang.

Bei der Beratung des Gesetzes im Reichstag ergaben sich verschiedene Schwierigkeiten, da starke Strömungen besonders seitens des Branntweingewerbes gegen seine Annahme im Gange waren. So wurde die Weiterberatung vertagt, und es bleibt dem neuen Reichstag vorbehalten, diese Gesetzesvorlage anzunehmen. Ein erneutes Ansteigen der Alkoholerkrankungen wäre dadurch sicher zu verhüten.

Zum Schluß sei es gestattet, einen Vorschlag zu machen. Viele Patienten, die wegen ihres chronischen Alkoholismus in die Anstalt eingeliefert werden, haben die ehrliche Absicht, vom Alkoholgenuß abzulassen. In diesen Fällen die Patienten nach Hause zu entlassen, wäre ein schwerer Fehler, da Rückfälle zweifellos zu erwarten sind. Die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt ist eine Notwendigkeit; hierzu fehlen aber die Mittel. Von dem auf den Alkohol erhobenen Monopol hat die Regierung zwar Mittel zur Behämpfung des Alkoholismus zur Verfügung gestellt, diese wurden jedoch lediglich zu Propagandazwecken gegen den Alkoholismus verwendet. Angebrachter wäre es sicher, mit diesen Mitteln die Aufnahme solcher Alkoholisten in eine Trinkerheilanstalt zu ermöglichen.

Am Ende dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht Herrn Oberarzt Dr. *Chotzen*, dem Leiter der Anstalt, für die freundliche Anregung und Unterstützung sowie liebenswürdige Überlassung des Materials meinen aufrichtigsten Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Verhandlungen Psychiatrischer Vereine.

56. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 3. Mai 1924 in Hannover.

Die Versammlung fand im großen Hörsaal des Städtischen psychologischen Institutes statt, das nach einem Einleitungsvortrage des Leiters des Institutes eingehend besichtigt wurde.

Anwesend waren: Aus Hannover: *Bartsch*, *Brandt*, *Magunna*, *Osann*, *Rizor*, *Schlackwitz*, *Schlesinger*, *Schwalbe*, *Willige*. Aus Hildesheim: *Arbeit*, *Frensdorf*, *Grimme*, *Mönkemöller*. Aus Göttingen: *Bremer*, *Richard*, *Schultze*, *Stapel*, *Wilmers*. Aus Lüneburg: *Behr*, *Snell*. Aus Osnabrück: *Reinelt*, *Schneider*. Aus Langenhagen: *Grütter*, *Rinne*, *Schütte*. Aus Wunstorf: *Gerstenberg*, *Rapmund*, *Frau Rapmund*. Aus Hamburg: *Dräseke*, *Pette*, *Trömner*. Aus Bremen: *Benning*, *Delbrück*, *Pelzer*. Aus Betheln: *Blünke*, *Colla*, *Marpmann*, *Volland*. Aus Oeynhausen: *Benno*, *Wichura*. Aus Warstein: *Holzer*, *Simon*. Aus Niedermarsberg: *Hürten*, *Köster*. Aus Münster: *Lachmund*, *Többen*. Aus Braunschweig: *Hampe*, *Löwenthal*. Aus Alt-Scherbitz: *Hofmann*, *Schwartz*. *Alber*, Woltorf. *Benthaus*, Paderborn. *Gellhorn*, Goslar. *Hermel*, Rinteln. *Wahrendorf*, Ilten.

Eröffnung der Versammlung durch Geheimrat *Snell*-Lüneburg. Da *Snell* infolge des Altersgesetzes aus seiner amtlichen Laufbahn am 1. April 1924 ausgeschieden ist, wird auf seinen Vorschlag *Mönkemöller* zum Vorsitzenden gewählt. Schriftführer *Grimme*-Hildesheim.

Vorträge: 1. *Fr. Stern*-Göttingen: Atypischer Fall von Dystrophia musculorum progressiva.

1881 geborener Kranker, Muskel- und Nervenkrankheiten in Familie nicht bekannt, eine Tante mütterlicherseits kränklich, unbekannte Krankheit, 2 ältere Geschwister in früher Kindheit gestorben. Selbst gesund, keine Lues. Als junger Mensch Knieverletzung mit Versteifung, heilte aus. Mit 28 Jahren Schwäche der linken Hand, ganz allmähliche Progression; mehrere Jahre später Schwäche und Atrophie der rechten Hand. Im Anschluß an Atrophie der kleinen Handmuskeln Atrophie und Schwäche der Oberarmschultermuskeln; später Schwäche (nicht Atrophie) der Waden, dann Atrophie Oberschenkelmuskulatur. Schwierigkeit, sich vom Stuhl zu erheben. Keinerlei subjektive Mißempfindungen, wie Kribbeln, Taubsein, Ameisenlaufen oder Schmerzen, nur schlafen Beine leicht ein. Status Ende 1922: Hirnnerven ganz frei. Starke Atrophie der

Handmuskeln, l. = r., Atrophie der Unterarm- und namentlich Oberarmmuskulatur, sowie des Schultergürtels mit Ausnahme des gut erhaltenen Deltamuskels, Atrophie der Brustmuskulatur und Rumpfstrecker, Bauchmuskeln gut erhalten, etwas Watschelgang, außerdem Gang infolge Versteifung des linken Beins im Kniegelenk behindert, Schwierigkeit, vom Stuhl sich zu erheben. Starke Atrophie der von Obturatorius und Femoralis versorgten Oberschenkelmuskeln bei besserem Erhaltensein der mäßig atrophischen Kniebeuger. Hypertrophie der Wadenmuskeln, die sich derb anfühlen, starke Atrophie der Fuß- namentlich der Sohlenmuskulatur. Keinerlei sensible Störungen, keine Pyramidenzeichen. Fehlen von Knie- und Achillesreflex. In der Brustmuskulatur und zuweilen im Deltamuskel leichtes Muskelwogen oder gröbere klonische Zuckungen, die den Kopf zur Seite ziehen, anfangs auch leichte Bündelzuckungen in der Oberschenkelmuskulatur, später nicht mehr beobachtet. Keine echten fibrillären Zuckungen, insbesondere niemals in den stark atrophischen Unterarm-Handmuskeln. Elektrisch nirgends Entartungsreaktion; faradische Erregbarkeit auch der am stärksten atrophischen Handmuskeln bei bipolarer Reizung wohl herabgesetzt, aber erhalten; am schlechtesten bezw. kaum erregbar nur der rechte M. rectus femoris. Galvanisch bei genügender Durchwärmung überall Blitzzuckungen bei Überwiegen der KSZ. Ein aus dem atrophischen Triceps exzidiertes Muskelstückchen ergibt Kernvermehrung, teilweise Aufsplitterung der Myofibrillen, keinen körnigen Zerfall der Muskelsubstanz, keinen Verlust der Querstreifung. Liquor ohne Befund: ebenso Blut, Wassermann negativ, Psyche intakt. Nach längerem Gebrauch von Strychnin merkwürdige subjektive Besserung, fühlt sich kräftiger, kann längere Zeit gehen. Objektiv: Restitution der Muskulatur fraglich, funktionell gewisse Besserung tatsächlich, z. B. können die Arme wieder mühelos bis 180° gehoben werden, was früher unmöglich war.

Der anfängliche Gedanke an spinale Muskelatrophie (Duchenne-Aran) wurde unwahrscheinlich durch das völlige Fehlen auch von partieller Entart. Reakt., den Nachweis der Hypertrophie bezw. Pseudohypertrophie der Wadenmuskulatur, die fehlenden degenerativen Veränderungen am exzidierten Muskel. Eine „neurale" Muskelatrophie (Charcot-Marie) war bei dem Fehlen subjektiver und objektiver Sensibilitätsstörungen, der atypischen Entwicklung der Myatrophien abzulehnen. Eine sehr atypische Erkrankung aus dem Gebiet der Dystrophia musculorum ist von klinischen Gesichtspunkten aus am ehesten zu verteidigen. *Rimbaud* und *Giraud* konnten 9 derartige Fälle mit distalem Beginn aus Literatur sammeln und 3 eigene hinzufügen. Dabei ist zuzugeben, daß die klinischen Grenzen zwischen den einzelnen Dystrophieformen nicht mehr so scharf abgrenzbar sind, wie man früher meinte (*Bing*). *Gesualdo* hält auch vom anatomischen Standpunkt aus eine Trennung der Myopathiefälle nicht für möglich; eine prinzipielle Trennung von spinaler Atrophie und Dystrophie ist aber aus erbbiologischen Gründen erforderlich. Merkwürdig die Besserung nach Strychnin. Eine Restitution des Muskelgewebes zwar nicht erwiesen; der tonisierende Einfluß des Medikamentes ermöglicht aber größere Kraftleistungen der noch vorhandenen Muskelfasern, ohne den Krankheitsprozeß zu beschleunigen. (Eigenbericht.)

Diskussion: *Pette*-Hamburg hat gewisse Bedenken, den Fall der Dystrophia musc. progr. zuzurechnen, und zwar vor allem wegen der eigenartigen Verteilung der Muskelatrophien. Diese entspricht viel mehr dem neurotischen Typ *Hoffmanns*. In diesem Sinne spricht auch das Fehlen von Sehnenreflexen in Gebieten, die von der Atrophie nicht nachweislich ergriffen sind. Die Erfahrung lehrt, wie vorsichtig man überhaupt sein soll in der Rubrizierung systematischer Muskelatrophien zu Lebzeiten der Patienten. Die Entscheidung kann letzten Endes bei solchen unsichern Fällen doch erst die histologische Untersuchung bringen. (Eigenbericht.)

Trömner (Hamburg): Gegen neurotische Muskelatrophie würde sprechen: Fehlen von vasomotorischen Störungen, von jeder Sensibilitätsstörung, von Atrophie der Unterschenkel (hier im Gegenteil Hypertrophie). Fehlen der Muskelreflexe ist allerdings auffallend. Deshalb halte ich Komplikation mit degenerativen Vorderhornprozessen für möglich. (Eigenbericht.)

2. *Dräseke*-Hamburg demonstriert einen Affenschädel mit beträchtlicher Hypertrophie des Schädeldachs.

3. *Holzer*-Warstein: Zur histologischen Diagnose der progressiven Paralyse. (Mit Demonstration.)

Vortragender gibt eine kurze Übersicht über die im ersten Band der *Nissel*schen Arbeiten veröffentlichten Resultate. Er berührt die seither gemachten wichtigsten Fortschritte und kommt dann eingehend auf die Forschungsergebnisse *Hortegas* zu sprechen. Die Identität der *Nissl*schen Stäbchenzellen mit Hortegazellen wird an Abbildungen gezeigt. Vortragender konnte mit einer besonderen Methode die Stäbchen- bezw. Hortegazellen auch im Gliagrundsyncitium nachweisen und spricht die Überzeugung aus, daß es sich bei dem dritten Element *Hortegas* um gliöse Bildungen handelt, da ihr Zusammenhang mit dem Grundnetz im Syncitiumbilde deutlich zu sehen ist.

Die *Hortega*-Methode, in normalen Fällen große Sorgfalt erheischend, gelingt bei Paralyse leicht und ist nach Überzeugung des Vortragenden eine wichtige Bereicherung unserer Hilfsmittel zur histologischen Erkennung der Paralyse. (Eigenbericht.)

4. *Többen*-Warstein: Über Inzest. (Der Vortrag wird in Buchform bei *Franz Deuticke* in Wien erscheinen.)

5. *Hische*-Hannover: Grundlagen und Organisation des psychologischen Institutes der Stadt Hannover.

Die Entstehungsgründe sind wirtschaftlicher und individueller, durch beides volkswirtschaftlicher und ferner — eng damit zusammenhängend — pädagogischer Natur. In der zuerst erwähnten Hinsicht ist im Interesse von Individuum, Wirtschaft und Staat eine rationellere Verteilung und Verwendung menschlicher Arbeitskräfte, „Menschenwirtschaft", anzustreben, und zwar in dem Sinne, daß das Individuum in diejenigen Stellen (Berufszweige in Industrie, Handwerk, Handel und

Verkehr) geführt wird, in denen seinen psychophysischen Anlagen entsprechend optimale und maximale Leistungen von ihm erwartet werden können. Den Weg dazu bietet u. a. die Durchführung des Eignungsgesichtspunktes in allen Zweigen des Wirtschaftslebens, also für diejenigen, die bereits im Berufe stehen, die psychologische Eignungsuntersuchung (den Terminus Psychotechnik vermeidet der Vortragende als durch die Kindheitserfahrungen dieses Gebietes zu stark belastet). Grundlegende Besserung kann aber nur geschaffen werden, wenn der Hebel an der entscheidenden Stelle, beim beruflichen Nachwuchs, angesetzt wird, und zwar durch eine qualitative, d. h. eine die Eignung des Berufsanwärters in den Vordergrund rückende Berufsberatung (nicht eine quantitative, die in bloße Lehrstellenvermittlung verfällt). Ihre Notwendigkeit ergeben schon die in Deutschland bisher die Entscheidung bei der Berufswahl bestimmenden Motive (Eignung in nur 4—9% der Fälle; statt dessen Konjunktur-, Mode-, Ausweich-, Notberufe usw.; verantwortlich ist vor allem die Antinomie alt — jung, die auf falschen jugendpsychologischen Voraussetzungen beruht, gegeben im wesentlichen durch gewohnheitsmäßige Einschätzung des Jugendlichen als eines psychischen Miniatur-Erwachsenen, durch die (im Zusammenhang hiermit) fehlende Kenntnis der in vielen Fällen zum „Begabungs- oder Eignungsirrtum" führenden Erscheinungen der Pubertät, durch bequeme Überschätzung der Kraft der Neigungskonstanz („der Tüchtige setzt sich selbst durch"); äußere soziologische Rücksichten werden zum bestimmenden Motiv. Abgesehen von dieser volkswirtschaftlich an sich ungesunden Regelung der Nachwuchsfrage wird die Notwendigkeit der Menschenökonomie gesteigert durch die Wirtschaft und Staat zurzeit beherrschende Tendenz quantitativ und qualitativ möglichst hoher Produktion bei größter Sparsamkeit, auch an menschlicher Arbeitskraft, ein Ziel, das in dem gleichen Maße erreicht wird, wie das Problem „Mensch und Arbeit" seiner Lösung entgegengeht, und zwar durch Herstellung eines adäquaten Verhältnisses zwischen den Anlagen des Menschen und der von ihm geforderten Arbeit.

Die Aufgaben des Institutes liegen dementsprechend zunächst in der rechtzeitigen Erkennung der physischen und psychischen Anlagen des Menschen, ferner in ihrer richtigen, d. h. nach Zeit und Kraft ökonomischen und nach ihrem Effekt maximalen Entwicklung und schließlich in ihrem richtigen Ansatz in den verschiedenen Berufszweigen der großen Wirtschaftsfaktoren Industrie, Handel, Verkehr, Handwerk und Landwirtschaft und ihrem rationellen Gebrauch innerhalb derselben.

Hannover hat als erste Stadt Deutschlands dieses Arbeitsfeld als vornehme Aufgabe auch der Kommune erkannt. Zu ihrer Lösung umfaßt das städtische psychologische Institut 5 Abteilungen. Die wirtschaftspsychologische Abteilung hat es zunächst naturgemäß mit der Auswahl und Verteilung gelernter Arbeiter, die ihre Lehrzeit bereits vollendet haben, ferner angelernter und ungelernter Arbeiter für die einzelnen Betriebe zu tun, ist besonders eingerichtet für die Zweige der metall- und holzbearbeitenden Industrie, der Gummi-Industrie, der Kartonnagenindustrie, der Textil-Industrie, der Leistenfabrikation, Verkehrsberufe usw. und kann leicht auf jeden Industriezweig eingestellt werden. Besonderer Hervorhebung bedarf u. a. die für technische Berufe wichtige Unter-

suchung des (durch Schule und Schulzeugnis nicht erfaßten) technisch konstruktiven Denkens, der kaufmännischen und Büroberufe, auch der „perfekten" Stenotypistin. (Nach Frankfurter Statistiken gingen im Vorjahre rund 30%, in diesem 50% des weiblichen Nachwuchses in die Kontorberufe!) Zahlreiche der größten industriellen Betriebe Hannovers und Umgegend nehmen die Abteilung in Anspruch.

Umfang und Bedeutung der Nachwuchsfrage führten zur Errichtung einer besonderen berufs-psychologischen Abteilung. Sie wendet sich — das ist der alleinige Trennungsunterschied zwischen ihr und der wirtschafts-psychologischen Abteilung — lediglich an den die Volks- und höhere Schule verlassenden männlichen und weiblichen Nachwuchs. Die Untersuchungsverfahren beziehen sich hier auf die Mehrzahl der gelernten männlichen und weiblichen Berufe (Feinmechaniker, Schlosser, Elektrotechniker, Dreher, Kaufleute, Büropersonal, Stenotypistinnen usw.). In diese Abteilung ist naturgemäß das städt. Berufsamt eingegliedert und dem Direktor des städtischen psychologischen Institutes mit unterstellt.

Die Aufgaben der pädagogisch-psychologischen Abteilung kennzeichnen drei Problemkreise: psychologisches Fundament der Unterrichtsmethodik, Intelligenzproblem, Schule und Berufseignung. Im Interesse der übrigen Abteilungen steht hier die psychische Entwicklung des Individuums im Vordergrunde (jede Psychologie ist Psychologie relativ zum Lebensalter; Jugendlichen-Psychologie; Psychologie der Reifezeit). Zur Durchführung seiner Arbeit wurde dem Institut eine Versuchsschule angegliedert. Direkt sind die Beziehungen der pädagogisch-psychologischen Abteilung zur Wirtschaft in den wirtschaftlichen Schulen, so in den Berufsschulen, deren Fachklassen und Klassen für Ungelernte Nachuntersuchungen unterzogen werden, und den städtischen Handelslehranstalten, um auf den bei ihnen überaus starken Zudrang regulierend zu wirken. Im städtischen Gewerbeseminar ist dem Institut die pädagogisch-psychologische Ausbildung der Berufsschullehrerinnen übertragen. Dem christlich-sozialen Frauenseminar steht es durch Führungen der von ihm auszubildenden Fabrikpflegerinnen zur Seite.

Die volkswirtschaftliche Auswirkung der Bestrebungen des Institutes wird naturgemäß um so stärker, je breiter die Basis seiner Tätigkeit ist. Infolge eines Abkommens mit dem Landesarbeitsamt Niedersachsen (Provinz Hannover) erstreckt sich seine Tätigkeit daher auch auf die Orte der Provinz. (Mittel für Aufnahme dieser Tätigkeit vom Provinziallandtag.)

Das Rückgrat des ganzen Instituts bildet die rein-psychologische Abteilung. Ihre Aufgabe ist das Gebiet der berufs-psychologischen Analyse der einzelnen Berufszweige, der formalen und materialen Arbeitsstudien, des Aufbaues der Methoden, der Konstruktion der Apparate usw.

Die Apparate-Abteilung endlich befaßt sich mit der Herstellung der apparativen Methoden, wie sie je nach den in Frage kommenden Berufszweigen nötig sind. (Eigenbericht.)

6. *F. Stern*, Göttingen: Behandlung der epidemischen Encephalitis.

Ausgehend von der Unmöglichkeit ein spezifisches, experimentell

gewonnenes Immunserum der Encephalitis gegenüber anzuwenden, solange das Virus der Encephalitis epidemica nicht eindeutig feststellbar ist, weist Vortr. nachdrücklich auf die Erfolge hin, die mit intramuskulären Injektionen von Rekonvaleszentenserum an der Göttinger Klinik im akuten Encephalitisstadium gewonnen sind. Erörterung der theoretischen Schwierigkeiten, sich die Heilwirkung vorzustellen. Trotz aller Bedenken ist nach den Erfolgen eine spezifische Wirkung anzunehmen. 27 akute Fälle, davon 8 mit schwer lebensbedrohlichen Erscheinungen, von denen nur einer starb. In allen anderen Fällen Behebung des Krankheitsprozesses mit oder ohne Narben; in keinem Fall bisher chronisch-progressive Encephalitis, obwohl bei 9 Fällen Heilung über 2 Jahre verfolgt werden kann. Dauerimmunisierung unter dem Reiz der Behandlung erscheint tatsächlich noch möglich. Von 24 nur symptomatisch behandelten Fällen, deren Katamnese bis zuletzt verfolgt werden konnte, 4 im akuten Stadium gestorben, 3 mit erheblichen Narben, 13 im Stadium chronisch progressiver Erkrankung. Kurzer Hinweis auf einige mit anderen bakteriziden Mitteln (Trypaflavin u. a.) behandelten Kranken. Auch im zweiten pseudoneurasthenischen Stadium ist aktive Behandlung noch dringend wünschenswert. Mehrfache Dauererfolge mit Sonnenbehandlung wurden in diesem Stadium noch gesehen. Im chronisch-amyostatischen Stadium nur Remissionen möglich, diese aber können in leichteren Fällen bei Anwendung von Kolloidtherapie noch weitgehend sein. Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle. (Eigenbericht.)

Diskussion: *Pette*-Hamburg: Die therapeutischen Vorschläge sind um so dankbarer zu begrüßen, als sich bisher jede Therapie im akuten Stadium der E. e. als machtlos erwiesen hat. Jedoch wird erst ein größeres Beobachtungsmaterial zeigen können, ob wir mit der vom Vortr. vorgeschlagenen Therapie auf dem richtigen Wege sind. Es bleibt wohl zu bedenken, daß die einzelnen Encephalitis-Epidemien im Laufe der Jahre ihren Charakter hinsichtlich der Symptomatologie wie hinsichtlich der Schwere der Einzelfälle geändert haben, so daß die Bewertung aller therapeutischen Maßnahmen viele Kritik erfordert. — Der Skepsis des Vortr. hinsichtlich so mancher in der Literatur mitgeteilter experimenteller Befunde schließt sich *Pette* an, und zwar auf Grund ausgiebiger eigener Impfversuche mit Material frischer und alter Fälle. Vergleiche mit den bei experimenteller Lues erhobenen Befunden zeigen, wie vorsichtig man in der Deutung histologischer Veränderungen am Z. N. S. beim Kaninchen sein muß. (Eigenbericht.)

Löwenthal, *Schütte*, *Stern* (Schlußwort).

7. *H. Wilmers*-Göttingen: Über koordinierte Reflexe an der oberen Extremität.

Im Anschluß an den Vortrag von *F. Stern* (Mai 23) werden die koordinierten Reflexe als zweckmäßige Bewegungen durch Zusammenarbeit mehrerer Muskelgruppen auf äußeren Reiz definiert; die drei Gruppen 1. der Haltungsreflexe (tonische Hals- und Labyrinthreflexe von *Magnus* und *de Kleijn*), 2. der Bewegungsreflexe (Beuge- und Streckreflexe) und 3. der Gelenkreflexe (*C. Mayer*, *A. Léri*) werden kurz beschrieben. Die beiden ersten sind Leistungen spinaler Zentren und treten nur bei erheb-

licher Pyramidenschädigung zutage. Sichtbare Änderungen der Gliedhaltung durch Kopflagewechsel finden sich bei frischen und fortschreitenden Gehirnprozessen mit Frühkontraktur (Meningoencephalitis, Erweichungen) und bei starrer Spätkontraktur, entgegen *Simons* Ansicht auch ohne die Fähigkeit zur hemiplegischen Mitbewegung. Bewegungsreflexe können bei allen Gehirn- und Rückenmarkserscheinungen mit Py-Schädigung vorkommen, vor allem bei frischen und fortschreitenden Prozessen, nicht aber bei starrer Spätkontraktur. Für die Prognose der Beweglichkeit sind Halsreflexe ungünstig, Bewegungsreflexe häufig günstig.

Am Arm überwiegt im allg. der Beugereflex auf Haut- und Gelenkreiz. Bestimmte Streckreize sind nicht bekannt, eine Umschaltung durch vorherige passive Beugung findet (jedenfalls am Arm) auf direkten Reiz nicht statt, auf irradiierenden (Hemipleg. Mitbewegungen) nur selten. Führt im Tierexperiment Kopflagewechsel zu starker Streckung, so erfolgt auf peripheren Reiz ein Beugereflex, auch wenn ein Streckreflex zu erwarten war. Bei fehlender Haltungsänderung tritt starker Streckreflex auf.

Beim Menschen mit positiven Halsreflexen führt Kieferarmstellung gesetzmäßig zu einer Umkehr des peripher ausgelösten Beugereflexes in Streckreflex, auch wenn schon durch den Halsreflex eine Streckung des Armes stattgefunden hat. Beim Menschen vermag demnach eine Schaltung (*Magnus*) durch passive oder reflektorische Gliedverlagerung die durch direkten Reiz gesetzten Impulse nicht auf die antagonistische Koordination umzulenken. Dagegen vermögen dies die Halsreflexe, sofern sie überhaupt wirken. Sie erscheinen als die stärksten richtunggebenden Faktoren in der spinalen Koordination.

Die Gelenkreflexe, die nur bei intakter Py-Bahn auftreten, gelten als zerebrale Reflexe. Diese Ansicht wird vollauf bestätigt durch ihr bei fortschreitenden Prozessen gut zu beobachtendes Verhalten zu den spinalen Koordinationen: Beide schließen sich aus. Nicht selten sind von den Fingergelenken koordinierte Spinalreflexe auszulösen, die gelegentlich dem echten Grundgelenkreflex sehr ähnlich sehen. Stets sind vorher schon die GGR. erloschen. Der zerebrale GGR. ist nur von den Grundgelenken auslösbar und auf wenige bestimmte Hand- und Armmuskeln beschränkt, der spinale ist von vielen Gelenken und von der Haut auslösbar und erstreckt sich meist auf den ganzen Arm. Beide verhalten sich zueinander wie Plantarreflex und Babinski an der unteren Extremität. Der spinale Gelenkreflex gehört wahrscheinlich zu den primitiven subkortikalen Bewegungsmechanismen, der Grundgelenkreflex mit dem Handvorderarmzeichen ist nach *C. Mayer* kein Atavismus, sondern ein zerebraler, den willkürlichen Greifakt vorbereitende und unterstützende Koordination. Besprechung einiger einschlägiger Fälle. Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle. (Eigenbericht.)

8. *Trömner*-Hamburg. Spinal-Erkrankung bei perniziöser Anämie.

Trömner bespricht einige Fälle von anämischen Spinalerkrankungen welche sich von den typischen Bildern — soweit von typischen die Rede sein kann — unterscheiden und deshalb zur klinischen Diagnose dieser

von nichtneurologischer Seite noch oft übersehenen Erkrankungen beitragen können.

1. Hi., 49 jähr. Frau, seit 1917 Schwäche, Unsicherheit, Steifheit der Beine und seit Wochen Reißen, besonders in der Kälte: Eine blasse Frau mit ataktisch-paretischem Gang, fehlendem Knie- und Achilles-Reflex, starkem Romberg und Pyramidenzeichen in Form von Babinski und Wadenphänomen; außerdem Störung der Tiefensensibilität und leichter Atrophie des rechten Unterschenkels, Hämoglobin 50, rote Blutkörperchen 2,38, Färbeindex 0,9, aber das rote Blutbild normal. Trotzdem ließ sich auf Grund der charakteristischen Spinalerkrankung die Diagnose perniziöse Anämie stellen, welche auch autoptisch bestätigt wurde. Bemerkenswert ist die Kombination mit neuritischen Erscheinungen, Atrophie, Druckempfindlichkeit und sehr heftigen rheumatoiden Schmerzen.

2. Go., 54 jähr. Frau. Seit vielen Wochen Magenverstimmung, Angst, Sprachverlangsamung, Vergeßlichkeit, Gewichtsabnahme, schmerzhaftes Prickeln in Zunge und Händen. Bei der Untersuchung: Nystagmus, glatte Zunge, Reflexsteigerung ohne Pyramidenzeichen; Hämoglobin 38, Index 0,78, mäßige Poikilozytose, schneller Verlauf; die Diagnose autoptisch bestätigt; außerdem geringe Pachymeningitis als seltener Befund.

3. Ha., 63 jähr. Frau. 1897 nach einer Schwangerschaft angeblich ähnlicher Zustand als wie jetzt. In den letzten Jahren nervös, magenschwach, besonders durch häufige und heftige Aufregungen. Seit Jahren matt, Angstzustände, Vertaubung an Gesäß und Füßen. Beim Hinfallen einmal Knöchelbruch. Bei der Untersuchung Schwäche des Kornealreflexes, Schwerhörigkeit, Schwäche der Glieder, Abmagerung des rechten Beines um 2 cm, Steigerung der Reflexe, ataktisch-paretischer Gang; Babinski schwach, Wadenphänomen deutlich. Häm. 74, Erythrozyten 3,6, Index 1; nur geringe Poikilozytose, Leukozyten 8400. Autopsie: Himbeermark, Eisenleber u. a.

4. Wö., 38 jähr. Frau. Seit 14 Jahren blaß und matt, Reflexe gesteigert, Babinski und Wadenphänomen +, leichte Atrophie des Vastus int. und Tib. ant. Hypästhesie der unteren Körperhälfte, Fehlen des Bauchhautreflexes, skandierende Sprache. Diagnose ebenfalls autoptisch bestätigt.

5. Eh. 61 jähr. Mann. Seit 1½ Jahren Sehschwäche, Schwindel, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Gürtel- und Kreuzschmerzen, Gehunsicherheit, Urin- und Stuhlverhaltung. Status: Armschwäche, Zittern, Spannung der Beine, Achilles-Areflexie, Babinski und Wadenphänomen. Index 1,4. Rotes Blutbild typisch perniziös; Autopsie charakteristisch.

Alle Fälle waren 50/60 Tage im Krankenhaus, ein Zeichen dafür, daß der Prozeß in den letzten 2—3 Monaten schnell besorgniserregend geworden war.

Die Zusammenfassung ergibt, 1. daß auch bei noch normalem Blutbilde aus dem charakteristischen Syndrom von progredienter Anämie mit den Erscheinungen einer kombinierten Systemerkrankung die Diagnose auf Morbus Biermer zu stellen ist, 2. das spinale Bild kann erheblich variieren; indessen sind zunehmende Mattheit, ataktisch-paretische Gangstörung, ev. bei wenig ausgesprochenen Pyramiden-

zeichen, Sensibilitätsstörungen und vor allem schmerzhafte Parästhesien, besonders bei Kälte, bezeichnend. 3. Nicht selten sind neuritische Beimischungen in Form von Nervendruckempfindlichkeit und Atrophien einzelner Muskelpartien. 4. Mit multipler Sklerose kann die anämische Zentralerkrankung Nystagmus, skandierende oder schleppende Sprache und Fehlen der Bauchhautreflexe gemein haben. 5. Gegen M.skl. würden sprechen: höheres Alter, geringere Betonung der Pyramidenzeichen, neuritische Symptome und schnelle Entwicklung, besonders in den letzten Monaten. (Eigenbericht.)

9. *Frensdorf*-Hildesheim: Über die bisherigen Erfahrungen mit der Malaria-Therapie der progr. Paralyse in Göttingen.

Insgesamt wurden 20 Fälle, die aus Mangel an Paralytikern nicht ausgewählt werden konnten, gespritzt. — Davon gingen 2 Fälle aus besonderen Gründen nicht an, ein Fall starb vor Auftreten von Temperaturen. Von den 17 Restfällen wurde berufsfähig ohne nachweisbaren Defekt 1 = 5,9 %, berufsfähig mit geringem Defekt 3 = 17,7 %, also berufsfähig zusammen 23,5%. Geringe Besserung zeigten 9 Kranke = 53%, ungebessert blieben 4 = 23,5%.

Auf somatischem Gebiete wurden durch die Malaria-Therapie gewisse Änderungen bezw. Besserungen gesehen. In 2 Fällen kehrte die Lichtreaktion wieder, in einem Fall wurde die vorher träge Lichtreaktion gut und die vorher nicht nachweisbare Pupillenunruhe trat wieder auf. In einer Reihe von Fällen trat außer Hebung des Allgemeinbefindens eine erhebliche Besserung der Sprache und der Schrift ein.

Bezüglich der serologischen Reaktion in Blut und Liquor fand *Frensdorf* eine deutliche Tendenz zur Abschwächung, meist parallelgehend der klinischen Besserung.

Im Blutbild fiel *Frensdorf* eine Vermehrung der mononukleären Zellen mit auffallend wabigem Kernbau und öfterem unscharfen und ausgezackten Rand auf. Sowohl vor den Chiningaben wie gelegentlich nach Chiningaben wurde öfters eine Lochbildung, mondsichelartige Aufhellungen und sektorenförmige Aussprengungen der roten Blutkörperchen beobachtet, Befunde, die *F.* nicht für Kunstprodukte, sondern für Zeichen der Schädigung und der regressiven Veränderung anspricht.

Die Inkubationsdauer bis zum Auftreten typischer Zacken betrug 6—23 Tage, bis zum Nachweis von Plasmodien im Blute 8—30 Tage, im Durchschnitt 14 Tage. Nach Chinin trat fast ausnahmslos noch 1 Zacke auf, die meist um 0,5° niedriger lag als die sonstigen Fieberzacken und meist um einige Stunden, in einem Fall um 18 Stunden, verspätet einsetzte.

Harmlos ist die Malariabehandlung sicher nicht. Die Kranken wurden ausnahmslos durch die Kur sehr mitgenommen; sie wurden schwer anämisch und hatten einen unregelmäßigen weichen Puls, gelegentlich traten bedrohliche Herzschwächen ein. In einem Falle wurde 2 Tage hintereinander 6 Stunden anhaltende zyanotische Verfärbung beobachtet, in einem 2. Fall trat eine Pneunomie auf, die prompt durch Chinin koupiert wurde, in einem 3. Fall wurde ein 6 Stunden lang dauernder Zustand von Verwirrtheit, Paraphasie und Paragraphie beobachtet.

Frensdorf warnt dringend davor, die Malariatherapie in jedem

Krankenhaus oder gar in der Privatpraxis durchzuführen. Nur durch 3stündige Messungen Tag und Nacht und durch ständige Beobachtung durch eingearbeitetes Personal kann ein rechtzeitiges Abbrechen der Kur gewährleistet werden. Selbstverständlich ist eine dauernde Blutkontrolle notwendig. (Eigenbericht.)

Diskussion *Trömner*: Von 30 Paralysen, welche ich in Hamburg-St. Georg in den letzten 2½ Jahren mit Malaria behandelte, wurden 7 ausgezeichnet gebessert, z. T. mit Wiederkehr der Berufsfähigkeit, bei 3 mußten wir wegen drohender Herzschwäche abbrechen; und 5 starben. Trotz sorgsamster Kontrolle von Temperatur, Blutdruck, Blutbild u. a. entwickelten sich hier sehr schnell und unvermutet schwerste irreparable Kollapserscheinungen. Aortitis, Zeichen früherer Herzschwäche, allgemeine körperliche Schwäche sind Gegenindikationen. Besondere Vorsicht auch bei Taboparalyse! 2 von ihnen starben, während 2 allerdings erheblich gebessert wurden. Einer starb an Mischinfektion mit der schwereren Tropika. An seiner Leiche infizierte sich — bisher nicht für möglich gehalten — unser Anatomiediener, welcher nun eine reguläre Tropika durchmachte. Also Mischung mit Tropika lieber absetzen!

Lachmund-Münster: Auch in den westfälischen Anstalten wurde die Malariatheraphie eingeführt. In Münster ergaben sich bisher folgende Vergleichszahlen: voll berufsfähig wurden 25,4% der behandelten Paralysefälle, Remissionen hatten mit leichtem Defekt 6%, mit schwerem Defekt (anstaltspflegebedürftig) 3%, unbeeinflußt blieben 28,1%, es starben 37,5%, die Zahl der Rückfälle betrug 1. Die verhältnismäßig hohe Mortalitätsziffer erklärt sich dadurch, daß die in unsere Provinzialheilanstalt eingelieferten Paralytiker häufig schon in weit fortgeschrittenen Stadien sich befinden und daß unterschiedslos alle Fälle mit Malaria geimpft wurden. Die vollen Erfolge in 25% berechtigen unbedingt zur Einleitung der Behandlung, die immer erfolgreicher zu sein scheint, je eher sie eintritt. (Eigenbericht). *Grimme*-Hildesheim.

28. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 14. Juni 1924 in der Psychiatrischen und Nervenklinik zu Königsberg Pr.

Anwesend: *Augstein*, *Baumm H.*, *Baumm F.*-Königsberg, *Berg*-Allenberg, *Bingler*, *Blohmke*, *Bongers*, *Borchard*, *Buldmann H.*, *Buldmann R.*, *Capeller*-Königsberg, *Falk*-Kortau, *Fenge*, *Finckh*, *Fischer*-Königsberg, *George*-Allenberg, *Goroncy*, *Gottschalk*, *Günther*, *Hartleben*-Königsberg, *Hauptmann*-Allenberg, *Hilmer*, *Jacob*-Königsberg, *Jonas*-Rastenburg, *Kastan*, *Kempa*-Königsberg, *Knab*-Tapiau, *Klieneberger*-Königsberg, *Krakow*, *Krüger*-Tapiau, *Kunze*, *Kutzinski*, *Link*, *Luerssen*, *Meyer*, *Moser*, *Nippe*, *Reiske*-Königsberg, *Rothmann*-Elbing, *Schroeder*-Kortau, *Steiner*, *Steinert*-Königsberg, *Wallenberg*-Danzig, *Wieberneit*-Königsberg.

Die Sitzung wird vom Vorsitzenden eröffnet. Zum Tagungsort für die nächste Versammlung wird einstimmig Danzig gewählt.

Kutzinski, Königsberg: Referat über die Arbeitspsychologie. *K.* gibt einen Überblick über Begriffe und Methoden der Arbeitspsychologie, wie sie von *Kraepelin* inauguriert und, im letzten Jahrzehnt in der praktischen Psychologie insbes. von *Münsterberg* angeregt, ausgestaltet wurde.

Er erinnert an die Methoden der Psychotechnik, an die *Poppelreuter*schen Versuche, die Arbeitsschauuhr. Neuere Arbeiten über den Einfluß des sozialen Milieus, der Gefühlsfaktoren, der Willensrichtung u. a. auf die Arbeitsleistungen werden hervorgehoben. Gleichzeitig werden die kritischen Bedenken, wie sie insbes. von *Weber* und *Eliasberg* geäußert wurden, erwähnt. Endlich weist *K.* auf eigene Untersuchungen über Arbeitsleistungen bei Hirnverletzten hin, über deren Ergebnisse er an anderer Stelle gemeinsam mit Dr. *Heinrich* berichten wird. Als Ergebnis ist zu betrachten, daß eine zahlenmäßig sichere exakte Messung der die Arbeitsleistung bedingenden Grundeigenschaften nicht möglich ist, daß alle Methoden nur dazu dienen, die Arbeitsleistung zu veranschaulichen und zu vergleichen.

Finckh: Prüfung der praktischen Intelligenz. Nach kurzer Umgrenzung des Begriffs der praktischen Intelligenz wird kritisch auf die diesbezüglichen Arbeiten *Sterns*, *Lipmanns* und *Bogens*, endlich *v. Rhodens* eingegangen. Die Untersuchungsergebnisse, über die berichtet wird, ergeben viel Beachtenswertes. Der praktischen Intelligenz und ihrer Prüfungen sollte erhöhte Bedeutung beigelegt werden, zum mindesten als Ergänzung der bisher üblichen theoretischen Intelligenzprüfungsmethoden.

E. Meyer: Zur differentialdiagnostischen Bedeutung vestibulärer Symptome. *M.* stellt einen Kranken vor, bei dem nach Ohrerkrankung und Operation anfänglich labyrinthäre Symptome, zuweilen mit Verdacht zerebellarer Beteiligung, bestanden. Die Erscheinungen — Nystagmus, Vorbeizeigen, Ataxie, Drehschwindel und Neigung zum Fallen nach einer Seite beim Gehen und Stehen u. a. — mußten später als psychogen fixiert angesehen werden, vor allem weil sie nach der Seite des normal reagierenden Labyrinths lokalisiert waren. Sie schwanden schließlich so gut wie völlig. (Ausf. Veröff. im Archiv f. Psych.).

Blohmke a. G. schließt sich der vom Vortragenden gegebenen Deutung des Falles an und bespricht kurz vom otologischen Standpunkt aus die manchmal recht schwierige Diagnose zwischen labyrinthären und zerebellaren Erkrankungen. Er hebt den besonderen Wert der bei labyrinthären Affektionen meist nachzuweisenden Beeinflußbarkeit der Fallneigung durch Veränderung der Kopfstellung hervor und weist auf die geringe differentialdiagnostische Bedeutung des spontanen und reaktiven Vorbeizeigens wie auch der Armtonusreaktion bei den beiden Erkrankungen hin.

Linck: Rückenmarksschädigung durch intralumbale Vuzinbehandlung. Die vom Vortragenden demonstrierte Patientin wurde im Jahre 1921 wegen otogenen Schläfenlappenabszesses und eitriger Meningitis operiert und dann einer protrahierten Vuzinbehandlung

unterzogen, wobei das Mittel in einer Konzentration von 20 : 10 000 und jedesmal in einer Menge von 10 ccm intralumbal appliziert wurde. Es gelang, die Patientin zu heilen und gesund zu entlassen. Einige Monate später zeigten sich jedoch die Erscheinungen einer Paraparese beider unteren Extremitäten, die allen Behandlungsmaßnahmen zum Trotz noch unverändert bestehen. Diese Spätschädigung mußte als eine nachteilige Folge der intralumbalen Vuzinbehandlung gedeutet werden. Eine ähnliche Schädigung hat der Vortragende noch bei einem anderen Patienten beobachtet, der wegen einer besonders schweren otogenen Meningitis mit noch höheren Dosen von Vuzin behandelt worden war (30—40: 10 000). Hier bestanden die Späterscheinungen nur in einem leichten Spasmus beider unteren Extremitäten, die in einem ataktischen Gang zum Ausdruck gelangten. Auf gleiche Beobachtungen, die von anderen Autoren mit Vuzinbehandlung gemacht wurden, wird Bezug genommen, und es werden einige Tierexperimente (Kaninchen) kurz erwähnt, bei denen es gelang, durch Vuzininjektionen in den Sakralabschnitt sofort schwere Lähmungen der hinteren Extremitäten zu erzeugen, die später bei der Autopsie durch vorgeschrittene entzündlich-atrophische Querschnittveränderungen im regionären Rückenmark Erklärung fanden.

Aus den eigenen und den fremden Beobachtungen und Erfahrungen zieht Vortragender den Schluß, daß die wichtige Voraussetzung der Unschädlichkeit, unter der er s. Z. die intralumbale Vuzinbehandlung für die Therapie der eitrigen Meningitis empfahl, für die auf Grund der *Morgenrot*schen Arbeiten gewählte Dosierung nicht zutrifft, und daß man daher von dieser Art der Meningitisbehandlung fürderhin Abstand nehmen müsse. Dies um so mehr, als es sich auch gezeigt habe, daß bei der intralumbalen Applikation das Vuzin nicht dorthin gelangen könne, wo man seine antibakterielle Wirkung brauche (Meningealräume), sondern daß es am Applikationsort ausgefällt und rasch resorbiert würde. Ob es möglich sei, wie von anderer Seite auf Grund biologischen Studiums angenommen wurde (*Birkholz*), daß mit dem Vuzin vom Rückenmark aus durch Reizwirkung infektiöse Prozesse im Endokranium beeinflußt werden könnten, läßt Vortragender dahingestellt. Jedenfalls müssen aber derartige Behandlungsversuche mit sehr viel geringeren Dosierungen vorgenommen werden, die eine Schädigung mit Sicherheit ausschließen lassen.

E. Meyer (Zum Vortrag *Linck*) berichtet über den Verlauf der Erkrankung in neurologischer Beziehung: 17. 10. 21 erste Untersuchung (wegen ihres psychischen Verhaltens von der Ohrenklinik gesandt). Deutliche geistige Schwäche. Somatisch: etwas träge L. R. der Pupillen. Kniephänomene links, rechts fraglich, Achillesphänomene beide fraglich. Motilität und Sensibilität usw. ungestört. Keine Klagen über Lähmungen und dergleichen.

Vom 27. 12. 21—5. 3. 22 war Pat. in der medizinischen Klinik Königsberg. Bei der Aufnahme gab sie dort an, sie habe eine Schwäche der Beine nach der Behandlung in der Ohrenklinik gespürt, die nach einem Monat bis auf einen leichten Rest vergangen sei. Im November 21 sei nach Anstrengung und Durchnässung plötzlich Verschlimmerung eingetreten.

Wegen großer Schwäche ja Lähmung habe sie zu Bett gelegen. Die Untersuchung bei der Aufnahme ergab: Pupillenreaktionen, Augenbewegungen ohne Störung. Die Reflexe waren sämtlich vorhanden. Babinski bdts. schien angedeutet. Sensibilität war intakt. 14. 1. 22 Reflexe +. Blasen- und Mastdarmstörungen. Wa. im Blut negativ. Bei der Entlassung aus der medizinischen Klinik war bei objektivem Befund die Schwäche der Beine geringer.

21. 5. 24. Aufnahme in die Nervenklinik. Pupillenreaktionen vorhanden. Augenbewegungen frei. Knie- und Achillessehnenreflexe lebhaft. Oppenheim, Babinski +. Fuß- und Pateflarklonus angedeutet. Parese der Beine. Keine Spasmen und keine sichere Ataxie, Gang unsicher, breitbeinig. Sensibilität ohne Störung. Blase und Mastdarm jetzt frei. Blut- und Liquoruntersuchungen ergeben nichts Pathologisches. Augenhintergrund frei.

M. hält die Diagnose Myelitis für die gegebene, weist aber auf die dabei auffallenden Erscheinungen hin, insbesondere die anfängliche Abschwächung der Knie- und Achillessehnenphänomene sowie auf das Fehlen von Spasmen und Sensibilitätsstörungen. Auch ihm scheint ätiologisch die Vuzininjektion die Hauptrolle zu spielen, doch hat vielleicht die Anstrengung und Durchnässung verschlechternd eingewirkt.

Herr *Blohmke* a. G. schließt sich der vom Vortragenden gegebenen Deutung des Falles an und bespricht kurz vom otologischen Standpunkt aus die manchmal recht schwierige Diagnose zwischen labyrinthären und zerebellaren Erkrankungen. Er hebt den besonderen Wert der bei labyrinthären Affektionen meist nachzuweisenden Beeinflußbarkeit der Fallneigung durch Veränderung der Kopfstellung hervor nud weist auf die geringere differentialdiagnostische Bedeutung des spontanen und reaktiven Vorbeizeigens wie auch der Armtonusreaktion bei den beiden Erkrankungen hin.

Nippe: Über Ladendiebinnen. *N.* demonstriert 2 alte Frauen, die beide langjährige Zuchthaus- und Gefängnisstrafen gehabt haben, die lediglich in großen Geschäftshäusern gestohlen haben und bei denen man Zwangshandlungen annehmen muß. (Ausführliche Veröffentlichung im Archiv f. Psychiatrie.)

Kastan: Die Bedeutung der Pupillenstörungen für die Prophylaxe. Im Hinblick auf das Gesetz der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird die Anzeigepflicht bei syphilitischen Pupillenstörungen erörtert und auf ihr Bestehen auch nach Abheilung der Lues hingewiesen. Er scheint ausführlich in der „Medizinischen Klinik".

Klieneberger: Beleidigungsklage auf Grund gutachtlicher Äußerung. Auf Grund eines über einen Kriegsrentenbewerber erstatteten Gutachtens strengte der Rechtsanwalt, welcher den Rentenbewerber vertrat, Privatbeleidigungsklage gegen den Gutachter (Vortr.) an. Der Prozeß wurde in sämtlichen Instanzen verhandelt, der Kläger endgültig abgewiesen. Es werden an die Mitteilung prinzipielle Erörterungen über Begutachtung und die Frage der Haftung geknüpft. (Der

Vortrag erscheint in ausführlicher und erweiterter Form in der deutschen Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin.)

Jacob, Königsberg: Malariabehandlung der Paralyse. *J.* referiert über die Malariabehandlung der progressiven Paralyse an der Universitäts-Nervenklinik zu Königsberg seit März 1923. Die Statistik, der die ersten 50 behandelten Fälle zugrunde gelegt sind, ergibt, daß die Resultate erheblich ungünstiger sind als die in Wien und Hamburg erzielten (nur etwa die Hälfte der guten Remissionen). Die Erklärung dafür ist wohl darin zu sehen, daß 1) in Königsberg ausnahmslos alle auch von vornherein ungünstigeren Fälle behandelt wurden, 2) die Statistik noch zu jung ist, sodaß viele in der Entwicklung begriffenen Remissionen noch nicht richtig eingeordnet sind.

Moser: Zur Bedeutung psychischer Störungen bei multipler Sklerose. Besprechung der psychischen Störungen bei multipler Sklerose unter Berücksichtigung des konstitutionspathologischen Standpunktes und der Forschungsergebnisse des extrapyramidalen Systems mit besonderer Würdigung der psychogenen Erscheinungen. (Erscheint demnächst im Archiv für Psychiatrie.)

Kastan: Motorische Störungen bei Psychopathen nach Grippe. Es werden 2 Psychopathinnen beschrieben, von denen die eine organische Abduzens- und Trigeminusaffektionen, daneben noch Erbrechen und Schwindel zerebralen oder psychogenen Ursprungs hatte, während die andere von Jugend auf an psychogenem Kopftremor litt; bei ihr kam später ein Torticollis spasticus zur Entwicklung. In beiden Fällen ging Grippe der Erschließung oder Verschlimmerung des Leidens voran. (Erscheint ausführlich in der Deutschen medizinischen Wochenschrift.)

Gemeinsame Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie mit der Gesellschaft deutscher Nervenärzte und den Syphilidologen am 27. September 1924 in Innsbruck über: Die Behandlung der Spät- und Metalues.

Berichterstatter: 1. *Nonne*-Hamburg. Nach kurzer geschichtlicher Behandlung der Frage über den Begriff der Metalues kennzeichnet der Vortragende die heutige Auffassung dahin, daß wir wohl unter der Metalues die eigentliche Lues des Nervensystems, d. h. des Ektoderms verstehen müssen, während die sog. „echte" Lues cerebrospinalis, d. h. die endarteritische, meningitische und gummöse Form, eine Lues des Meso-

derms ist, wobei das Nervensystem selbst nur sekundär affiziert wird. Finden wir bei ersterer spontan einsetzende Remissionen, so verläuft die sog. echte Lues cerebrospinalis unbehandelt progressiv, kann aber durch die Behandlung symptomenfrei gemacht werden und auch bleiben. Dies ist auch grundlegend für die Wahl und das Verhalten der therapeutischen Mittel.

Spezifika können durch den spezifischen Erreger ausgelöste Prozesse nur soweit heilen, als noch keine irreparablen Störungen geschaffen sind. In praxi wird viel zu oft in infinitum behandelt nach längst eingetretener „anatomischer" Heilung.

Im Gegensatz zur mesodermalen Lues findet man bei Tabes und Paralyse ungemein häufig keine Proportionalität zwischen pathologischer Anatomie und Klinik des Falles, ein Grund früher, im Gegensatz zu jetzt, diese Erscheinungen nicht mit spezifisch-antiluetischen Mitteln anzugreifen.

Des näheren auf die Behandlung mit Specificis eingehend, warnt der Vortr. vor einer Behandlung der sogen. dem neurologischen Praktiker häufig begegnenden Fälle von imperfekter Tabes, da durch die Spezifika insbes. durch Salvarsan eine Exacerbation hervorgerufen werden kann.

Ob und in welcher Weise eine spezifische Behandlung bzw. Anbehandlung im Primär- und Sekundärstadium von Einfluß auf das Entstehen und das Intervall der metaluetischen Erkrankung sein kann, wird dahingehend beantwortet, daß mit Salvarsan behandelte und anbehandelte Fälle ein kürzeres Intervall zwischen Infektion und Beginn der Metalues aufweisen als unbehandelte; ob die Metalues seit Einführung des Salvarsans häufiger geworden ist, ist noch nicht sicher zu beantworten. Fest steht auch, daß bei Tabikern und Paralytikern manifeste Sekundärsymptome selten sind, sich deckend mit der Tatsache, daß in unzivilisierten Ländern, in denen die Haut- und Knochenlues häufiger ist, die metaluetischen Erkrankungen fast fehlen. Vielleicht werden durch das Spezifikum die Abwehrreaktionen des Körpers behindert.

Ein negativer Liquor ist, entgegen früheren Ansichten, kein Freibrief für eine spätere Neurolues. Nur bei stärkeren positiven Eiweißreaktionen und bei posit. Wa.-Reaktionen im Liquor nehmen wir heute eine lokal syphilogene Erkrankung der Meningen an. Lymphocytose allein faßt *N.* als eine Abwehrreaktion seitens der Meningen auf.

Eingehend auf die einzelnen Spezifika bespricht der Vortragende das Für und Wider der Salvarsanindikation und stellt fest, daß ein wesentlicher Unterschied des Erfolges bei Metalues und Lues cerebrospin. gegenüber der Vorsalvarsanära nicht besteht. Benigne und stationäre Fälle werden in *N.*s Klinik wie jetzt auch bei anderen Autoren nicht mehr mit Salvarsan behandelt. Die Erfahrungen mit Wismut weichen nicht von den Erfahrungen der übrigen Autoren ab. Außer Quecksilber in Form der Innunctionskur steigt Jod wieder sehr in der Achtung. Wirksame Unterstützungsmittel sind Aolan und Phlogetan.

Mehr Individualisierung bei der Behandlung der Metalues muß als erstrebenswertes Ziel hingestellt werden; die Laboratoriumsbefunde von Blut und Liquor dürfen nicht allein die Indikation zur Behandlung geben. Man darf nur mit Einschränkungen aus Liquor und Blut die Pro-

gnose stellen. Klinischer Befund und Liquorbefund sind keineswegs immer proportional, sondern nicht selten umgekehrt proportional.

Ein isolierter Blut- oder Liquor-Wa. ist keine Indikation zu spezifischer Behandlung. Damit schafft man nur den „nevrasthenique voyageur" mit einer Consultitis-chronica exarberans oder man erlebt dabei — eigene Erfahrungen — ein Neurorecidiv.

Die moderne Therapie zielt wieder darauf hin, mit unspezifischen Mitteln, sei es Fieberbehandlung, seien es unspezifische Eiweißkörper, die Abwehrkräfte des Organismus zu stärken.

Gennerichs sehr empfohlener endolumbaler Behandlung kann der Vortr. nicht beipflichten, die praktischen Resultate sind nicht besser; sogar unangenehme und gefährliche Begleiterscheinungen sind nicht selten, wie eine Umfrage bei den Universitäten Deutschlands und mehreren erfahrenen Praktikern ergab.

Zu einer längeren kritischen Auseinandersetzung mit *Gennerichs* Hypothese über die Entstehung der Metalues sagt *N.* zusammenfassend, anschließend an die scharfe Kritik der Pathologen und Serologen, daß die Auffassung der Sachlage durch *Gennerich* zu „einfach mechanisch" ist. Nicht bewiesen sei die Tatsache der Liquorauslaugung des Parenchyms, und viele Eigenarten der Paralyse ließen sich durch diese Theorie nicht erklären, so z. B. der so oft auftretende foudroyante Verlauf derselben. Der experimentelle Beweis, den *G.* an Leichen zu führen versuchte, sei von mehreren Autoren, die auf die Unzulässigkeit postmortaler Befunde hingewiesen hätten, abgelehnt worden.

Zum Schluß wird noch die Frage der modernen Fiebertherapie bei Paralyse besprochen, die z. Z. als die Methode der Wahl gelten kann. Das Axiom von der Unheilbarkeit dieser Krankheit ist gefallen. Zwar sah man früher ebenfalls des öfteren weitgehende Remissionen, doch sind durch Einführung der Infektionstherapie diese häufiger, weitgehender und langdauernder geworden, was an Hand von Zahlenmaterial bewiesen wird. In nur einem kleinen Prozentsatz sind die Pat. der Therapie als solcher erlegen, meistens dekrepide, auch an schwerer Aortitis leidende Pat.; solche Individuen sollen von einer Infektionsbehandlung ausgeschlossen werden. In *N.*s Klinik werden die Paralytiker fast ausschließlich mit Malariainfektion behandelt. Über eine Behandlung mit Rekurrens hat der Vortr. keine persönliche Erfahrung, weist aber im übrigen auf die von *Steiner* angegebenen Vorzüge gegenüber der Malariabehandlung hin, denen sich noch andere Autoren angeschlossen haben.

2. *Kyrle*-Wien: *Kyrle* konnte schon vor 1½ Jahren auf dem Münchener Dermatologen-Kongreß über 100 Fälle, die der *Wagner-Jauregg*schen Malariabehandlung unterzogen worden waren, berichten. Die damals gewonnenen günstigen Resultate bei Fällen älterer Lues mit positiven Liquoren finden ihre Bestätigung in den seither gemachten Erfahrungen, die sich auf weitere 250 Fälle erstrecken, und zwar Fälle älterer Lues bis über 10 Jahre mit pos. Liquorbefunde, der in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zur Norm zurückgeführt oder doch wesentlich gebessert werden konnte. Weit davon entfernt zu verschweigen, daß auch einige refraktäre Fälle beobachtet wurden, kann doch behauptet werden, daß die Malariabehandlung alle anderen bisherigen Methoden weit übertrifft,

was durch eine Reihe von Krankengeschichten belegt wird, in denen die Liquorveränderungen einer gesicherten, durch Jahre fortgesetzten antiluetischen Therapie (30 und 40 g Neosalvarsan z. T. mit Hg, Bismut, Jod, unspezifischer Vakzine) trotzten und erst auf die Malariabehandlung zurückgingen. Die durch diese Erfahrungen an alter Lues erhärtete Leistungsfähigkeit der Methode einerseits, andererseits die wohl unbestrittene, ganz allgemeine Tatsache, daß die Heilungsaussichten der Syphilis desto bessere sind, je früher dieselbe erkannt und behandelt wird, endlich die gleichfalls unumstrittene Erkenntnis der frühzeitigen Invasion der Erreger in die Meningen, führten folgerichtig zu dem Versuche, auch die sekundäre Syphilis der Malariabehandlung zu unterwerfen. Und so wurden nun auch schon über 250 Fälle von Frühsyphilis der Behandlung zugeführt. Zur Abgabe eines endgiltigen Urteils ist einerseits die Zeit der Beobachtung zu kurz, andererseits auch bei der bekannten Schwierigkeit, alle Pat. in Dauerkontrolle zu halten, das Material zu klein. Immerhin lassen sich die gewonnenen Erfahrungen dahin zusammenfassen: Unter den Pat., die die Behandlung und zwar auch die der Malaria folgende Neosalvarsankur — worauf großes Gewicht zu legen ist — vollständig durchgemacht haben, kam weder eine klinische noch eine serologische noch ein Liquorrezidiv bei 6 monatiger bis 1½ Jahre genauster Kontrolle (45 Fälle) zur Beobachtung. Rezidive wurden unter 205 Fällen des ersten Krankheitsjahres dreimal gesehen; zwei davon mit schankriformen Papeln (!) hatten sich der Nachbehandlung entzogen, der dritte wies eine echte Reinfektion auf. Es muß demnach diesen Versagern wohl eine gewisse Sonderstellung eingeräumt werden. Ein Vergleich mit der Zahl von Rezidiven bei den üblichen Behandlungsmethoden (bzw. Hg.-Salvarsankuren) spricht wohl nachdrücklichst für die besondere Wirksamkeit der Methode, die noch besonders klar zu Tage tritt, wenn man berücksichtigt, daß es sich stets nur um eine einzige Kur handelt, somit das Prinzip der wiederholten Kuren aufgegeben wurde.

Was die Durchführung der Behandlung anlangt, so wurden zunächst 3 g Neosalvarsan in Einzeldosen von 0.45 verabreicht, an welche sich die Inokulation mit Malaria anschloß. Nach 8—10 Fieberanfällen Kupierung derselben mit Chinin und sofortiger abermaliger Neosalvarsandarreichung bis zu einer Gesamtmenge von 3.0—5.0 g.

Eine Kritik der Methode hinsichtlich des ihr innewohnenden Gefahrmomentes hätte zunächst hervorzuheben, daß die vehementen Fieberattacken natürlich eine starke Belastung des Herzens darstellen, was bei der Auswahl der Fälle strenge Berücksichtigung erfordert. Zwei verlorene Fälle sind auf nicht genügend strenge Kontrolle diesbezüglich zurückzuführen und betrafen Patientinnen mit marantischen Herzen. Damit sind aber unter 500 Fällen auch die einzigen Schäden genannt. Der während der Fieberanfälle stets einsetzende Gewichtsverlust wird nach Sistieren derselben raschest ersetzt, die dem Fieber unmittelbar folgende Neosalvarsan-Injektion gut vertragen; so wurden beispielsweise trotz gelegentlich recht energischer Neosalvarsan-Nachkuren noch nie toxische Erytheme oder Dermatitiden beobachtet. Auch die mehrfach geäußerte Befürchtung einer Rezidivgefahr der Malaria hat sich bisher als unbegründet gezeigt. Die geübte Methode der Kupierung derselben:

während des letzten Anfalls 5 ccm einer 10 %igen Chinin. bisulf.-Lösung intravenös verabreicht, Wiederholung der Injektion nach acht Stunden, am folgenden Tag Neosalvarsan 0.45, hierauf abermals zwei Chininjektionen in achtstündigem Intervall, worauf die weiteren Neosalvarsaninjektionen folgen — hat stets ausgereicht. Ein Malariarezidiv wurde nie beobachtet.

Sollte sich die Annahme bewahrheiten, daß durch dieses Verfahren, dessen Vorzüge und Nachteile sich aus dem Gesagten ergeben, der weitaus größte Teil der sekundären Luesfälle — drücken wir uns vorsichtig aus — des ersten Krankheitsjahres mit einem Schlage geheilt werden — und Grund hierfür scheint vorhanden —, so würde dies unendlichen Gewinn bedeuten.

3. *Weygandt*-Hamburg: Metalues nimmt bis heute eine gewisse Sonderstellung ein, zumal therapeutisch; die Pathogenese ist in Hypothesen gehüllt. Schon über die Anzahl der metaluisch erkrankten Luiker gehen die Angaben weit auseinander. Für Liquorlues im Sekundärstadium werden 40 bis 100% angegeben, für Metalues 2 bis gegen 20% der Luiker, für Paralyse allein mehrfach 10%.

Bei der Prüfung, worauf die Auslese der Metaluiker beruht, tritt die angeborne und erworbene Disposition neuerdings zurück. Die Lehre vom Virus nervosum oder neurotropen Spirochätenstämmen hat durch *Levaditi* und besonders durch *Plaut* und *Mulzer* an Boden gewonnen, befriedigt aber noch nicht voll, insbesondere nicht nach der Richtung der verschiedenen Nerven-Lues-Formen.

Zunehmende Beachtung findet das Zurückbleiben der sekundären Hautsymptome, wie auch der Umstand, daß in der Anamnese eine gewisse, aber ersichtlich unzureichende Vorbehandlung eine Rolle spielt. In gewissem Sinne begünstigt somit die Lues-Behandlung das Auftreten der Metalues. Besonders deutlich geht das hervor aus dem Anschwellen der preußischen Paralyse-Irrenanstalts-Aufnahmeziffern etwa 15 Jahre nach dem Einsetzen der Krankenkassengesetzgebung mit der dadurch bedingten allgemeinen Lues-Behandlung. Auch die äußerste Seltenheit der Metalues bei Naturvölkern würde sich so erklären. Die Sekundärerscheinungen sind mit Immunkörperbildung verbunden, die aber gehemmt würde infolge des therapeutischen Unterdrückens der Sekundärerscheinungen. Die schon sekundär sehr häufig im Liquor vorhandenen Spirochäten würden dadurch an therapieunzulänglichen Stellen konserviert bis zu ihrer späten Weiterentwicklung im Zentralnervensystem.

Eine Reihe geistvoller Theorien, zum Teil gestützt auf die schon von *Alzheimer* und *Nissl* in der Vorspirochätenzeit betonte Unterscheidung zwischen entzündlichen Veränderungen an den Gefäßen und Degenerationsprozessen des Nervengewebes, die auch heute histopathologisch auseinandergehalten wird, suchen den Übergang der Spirochäten zu einem progredienten Hirnprozeß zu erklären, vielfach unter differenter Wirkung hinsichtlich direkt spirochätogener und toxischer Veränderungen; so von *Gennerich*, von *Hauptmann*, von *Oskar Fischer* und *Pötzl*.

Während die letzten Jahrzehnte bis etwa 1910 ein therapeutischer Nihilismus herrschte, der besonders bei der als Toderurteil aufgefaßten Paralyse lähmend wirkte, in früherer Zeit naive Heilversuche gemacht

wurden, die aber doch zum Teil der empirischen Beobachtung einer günstigen Einwirkung von Fieber- und Eiterungsprozessen auf den Verlauf von Psychosen überhaupt folgten, hat *v. Wagner-Jauregg* in den 80er Jahren, auch unter Anregung durch jene Beobachtungen, unausgesetzt das Problem der Paralyse-Behandlung bearbeitet.

Die durch den Sieg der Luesätiologie, sowie *Schaudinns*, *Ehrlichs* und *Noguchis* Forschungen angeregte Therapie mit spezifischen Mitteln konnte nicht befriedigen. Quecksilber, Jod, neuerdings Wismuth kommen nur unterstützend in Betracht. Salvarsan ist besonders endolumbal oder durch Liquordrainage, eventuell auch suboccipital, bei akuter luischer Meningoencephalitis außerordentlich wirksam, bei Paralyse aber auch nur ein Adjuvans. Immunspezifische Behandlung ist noch wenig entwickelt und krankt an den Schwierigkeiten der Spirochätenkultur.

Beachtenswert ist der durch unspezifische Reizmethoden erbrachte Nachweis, daß es möglich ist, die Paralyse wirksam zu beeinflussen und die Zahl und Intensität der Remissionen zu verbessern. Von den mannigfachen chemischen Mitteln scheinen am wirksamsten Natrium nucleinicum und besonders Phlogetan, von den Bakterienderivaten das von *v. Wagner-Jauregg* eingeführte Tuberkulin.

1917 impfte *v. Wagner-Jauregg* Paralytiker mit Malaria, seit 1919 wurden die Versuche auch in Hamburg, Frankfurt und allmählich an zahlreichen Stellen des In- und Auslandes weitergeführt. Die Technik ist nicht kompliziert, die Gefahr unter Anwendung von Tertiana-Stämmen, die möglichst schon mehrere Menschenpassagen hinter sich haben und unter Auslese von Herz- und gefäßkräftigen Fällen nicht sehr groß. Übertragungsmöglichkeit muß ausgeschaltet werden. Die Kupierung durch Chinin gelingt unschwer. Ärztliche Überwachung ist jedoch sehr wichtig, sodaß die Kur nur im Krankenhaus, nicht in der Wohnung gemacht werden soll.

Impfung im Frühstadium läßt erwarten, daß mindestens ¼ bis ⅓ der Kranken wieder völlig berufsfähig wird. Auch schwierige Berufe, wie die eines Arztes, Ingenieurs, Großkaufmannes, höheren Beamten, werden von manchen gut ausgefüllt. Weiterhin ⅓ bis ¼ wird wieder, wenn auch mit einigen Defekten, beschäftigungsfähig. Etwa ⅙ bleibt stationär, ist nicht arbeitsfähig, kann aber in der Familie bleiben. Bei vorsichtiger Auswahl hinsichtlich Herz- und Gefäßstörung, Vermeidung einer Mischinfektion mit Tropica und rechtzeitiger Unterbrechung der Kur im Falle des Auftretens von Herzschwäche oder Ikterus wird die Zahl der im Zusammenhang mit der Kur auftretenden Todesfälle unter 10% bleiben. Ein Rest der Fälle bleibt von der Kur unbeeinflußt.

Die körperlichen Symptome können eine mehr oder weniger weitgehende Rückbildung zeigen. Serologisch tritt die Pleocytose bald zurück, öfter werden die Globulin-Reaktionen schwächer bis zur Opaleszenz, aber auch Wassermann im Serum und Liquor wird beeinflußt und kann im Laufe der Kur oder Nachbehandlung auch ganz verschwinden.

Gelegentlich sieht man parallel mit der klinischen Besserung eine Abschwächung der drei Liquorreaktionsgruppen und anscheinend läßt eine Linksverschiebung der Normomastixkurve auch psychische Besserung

erwarten. Verschwinden der Hämolysin-Reaktion wird als Zeichen des Stationärwerdens angesehen.

Histologisch findet sich bei interkurrent gestorbenen, vordem günstig beeinflußten Fällen mehrfach ein Schwinden der entzündlichen Rindenerscheinungen. Spirochäten lassen sich an der Leiche Behandelter nicht finden.

Galoppierende Formen sind unzugänglich, juvenile schwer zu beeinflussen.

Die Impfbehandlung mit Recurrens wurde 1919 in München, dann in Frankfurt und Hamburg aufgenommen, später auch in Arnsdorf und anderwärts ausgeübt. Wenn auch die entfernte Verwandtschaft mit dem Lueserreger bedeutungslos erscheint und nicht gerade die erwarteten extrem hohen Temperaturen eintreten, hat die Methode doch den Vorzug, daß der Erreger am Tierkörper fortgezüchtet werden kann. Die Behandlungserfolge sind denen der Malaria-Behandlung ähnlich.

Die Wirkung der Fiebertherapie beruht wohl auf der Bildung unspezifischer Immunkörper im Sinne einer allgemeinen Steigerung der Zelltätigkeit. Es empfiehlt sich, die Kur zu unterstützen, am zweckmäßigsten durch eine Nachbehandlung. Als solche kommt zunächst in Betracht Neosalvarsan, endolumbal oder durch Liquordrainage oder bei positivem Serum und negativem Liquor auch intravenös. *Jahnel* und *Weichbrodt* empfehlen Aufschwemmung von abgetöteten x-19 Bazillen intravenös nach dem Fieberabfall. Bei weniger behandlungseifrigen Patienten muß man sich mit Wismuth begnügen. Unter Umständen kommt Wiederimpfung mit dem gleichen, oder, wenn Immunität gegen diesen besteht, dem anderen Impfstoff in Betracht. Desiderat wäre eine immunspezifische Behandlung.

Bei Tabes läßt sich durch Impfbehandlung mehrfach erhebliche symptomatische Besserung erzielen. Auch bei Lues cerebri können Impfkuren in Betracht kommen. Erwähnt sei, daß sie bei Dementia praecox, Epilepsie, Sclerosis multiplex, Metencephalitis keine oder nur unsichere Erfolge brachten.

Im ganzen aber hat die Metaluestherapie, insbesondere durch die höchstverdienstvolle Initiative *v. Wagner-Jauregg*s, unverkennbar bedeutsame Fortschritte gezeigt.

Aussprache: *Wagner von Jauregg*-Wien: Ich will mir einige Bemerkungen erlauben über die Stellung der Impf-Malaria zur natürlichen, zur Anopheles-Malaria. Es haben sich einige Momente ergeben, die zeigen, daß zwischen den beiden Krankheiten wesentliche Unterschiede bestehen.

Da ist zunächst zu erwähnen die außerordentliche Chininempfindlichkeit der Impf-Malaria, die ja allen Ärzten, welche sich mit der Impf-Malaria beschäftigt haben, aufgefallen ist. In meiner Klinik sind zuerst ziemlich große Mengen Chinin gegeben worden, um die Impf-Malaria sicher zu kupieren. Wir sind dann aber auf Grund der gemachten Erfahrungen mit der Chinindosis heruntergegangen und geben seit längerer Zeit nur 5 g und zwar drei eingrammige und vier halbgrammige Tagesdosen von Chinin und es ist uns ausnahmslos gelungen, die Malaria mit diesen Chinindosen dauernd und vollständig zum Schwinden zu bringen. Schon nach dem ersten oder höchstens zweiten Chinintage waren Plas-

modien im Blute nicht mehr nachzuweisen; es gelang nach Beendigung der Chininkur niemals, durch provozierende Maßnahmen Fieberanfälle hervorzurufen, und Malaria-Recidive haben wir bei den mehr als tausend Fällen von Impfmalaria, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten, nie gesehen. Wir haben uns von der extremen Chininempfindlichkeit der Impfmalaria noch bei einem andern Anlaß überzeugt. Es gibt Fälle, bei denen die Fieberanfälle den Kranken so stark angreifen, daß eine Fortsetzung derselben bedenklich erscheinen konnte, im Interesse der Heilwirkung aber doch eine Fortsetzung der Kur wünschenswert erschien. Wir haben versucht, in solchen Fällen die Intensität der Anfälle zu mildern, indem wir den Kranken kleine, zur Kupierung unzureichende Mengen von Chining aben. In der Tat gelingt es in vielen Fällen, durch eine Dosis von 0.2 von Chinin. mur. den Verlauf des Fiebers zu mildern, Versuche, über die Dr. *Kauders* aus meiner Klinik berichtet hat. Wenn man aber eine solche Dosis von 0.2 g an zwei aufeinander folgenden Tagen gibt, so hören regelmäßig die Fieberanfälle auf, und es ist nicht oder nur schwer möglich, das Fieber durch provozierende Maßnahmen wieder in Gang zu bringen.

Man hat, als mit der Annahme einer heilenden Wirkung der Malaria bei Paralyse nicht vereinbar auf Fälle hingewiesen, die in der Sekundär- oder Latenzperiode der Lues eine Anopheles-Malaria durchgemacht haben und bei denen dadurch der Ausbruch einer späteren Paralyse nicht verhindert wurde. Ich glaube aber, man tut Unrecht, quoad Heilwirkung Impf- und Anopheles-Malaria gleichzusetzen. Wenn Jemand eine Anopheles-Malaria acquiriert, so gerät er in der Regel in einen Zustand einer chronischen Infektion, die zwar latent bleiben kann, aber doch oft lebenslänglich weiterbesteht. Wenn Sie aber eine Impfmalaria erzeugen, so rufen Sie eine akute Infektion hervor, die nach einigen Chinindosen vollständig und dauernd zum Verschwinden kommt und nach deren Beendigung der Abbau, der im Organismus während der Fieberperiode stattgefunden hat, einem lebhaften Aufbau Platz macht, der in der Besserung von Aussehen, Gesichtsfarbe, Ernährung, Kräftezustand und Stimmung einen oft höchst auffälligen Ausdruck findet. Das ist m. E. ein großer Unterschied zwischen der Impfmalaria und der Anophelesmalaria.

Tatsächlich gelingt es, wie *Kirschbaum* an einer Anzahl von Fällen nachgewiesen hat, bei denen eine Anophelesmalaria im Latenzstadium den Ausbruch der Paralyse nicht verhindern konnte, die Paralyse durch Impf-Malaria zu heilen.

Es wäre darum des Versuches wert zu erproben, ob es nicht gelingt, die Anopheles-Malaria durch Impf-Malaria zu bekämpfen, d. h. sie dadurch zur vollen und dauernden Heilung zu bringen. Man sollte diesen rapiden Aufbau, der im Organismus nach Heilung einer Impf-Malaria stattfindet, auch nicht außer Betracht lassen, wenn man Spekulationen darüber anstellt, auf welchem Wege die Heilerfolge nach Impf-Malaria zustande kommen.

Ich habe mir schon seit längerer Zeit die Frage vorgelegt, ob es denn möglich ist, die Impf-Malaria ebenso wie die natürliche Malaria durch Anophelesstich auf andere Menschen zu übertragen, eine Frage, deren Beantwortung, wie Sie leicht einsehen, von der größten praktischen Bedeutung wäre. Ich habe mir aber nicht die Befähigung zugetraut,

solche Experimente selbst durchzuführen, und habe mich daher an Andere gewendet, bei denen ich diese Befähigung vorausgesetzt habe; einmal schon im vorigen Jahre und wieder im Frühjahr. Ich habe aber mit diesen Anregungen kein Glück gehabt. Es ist nichts draus geworden. So habe ich mich also doch entschlossen, die Angelegenheit selbst in die Hand zu nehmen. Ermöglicht wurde mir das dadurch, daß ich die Mitwirkung von zwei Ärzten gefunden habe, Dr. *Vinaldi* und dessen Gattin Frau Dr. *Barsilai-Vinaldi*, die beide schon in Rom Malaria-Studien betrieben hatten, und die mit dem Technischen, das solche Versuche erfordert, bereits vertraut waren. Die Versuche wurden in den Monaten Juni bis August des heurigen Jahres an meiner Klinik durchgeführt. Über ihr Ergebnis werden Frau Dr. *Barsilai-Vinaldi* und Dr. *Kauders* demnächst in der Wiener klin. Wochenschrift und ausführlich in der Zeitschrift für Hygiene Mitteilung machen. Die Versuche verliefen folgendermaßen: Frau Dr. *Barsilai-Vinaldi* brachte eine größere Anzahl von Anopheles maculipennis, die in Rom aus Larven gezüchtet, also sicher frei von Malaria-Infektion waren, von Rom nach Wien. Die Anopheles wurden in Käfige verteilt, die aus einem zylindrischen Drahtgerüst bestanden, das mit einem Tüll überzogen war, dessen Maschen solche Dimensionen hatten, daß die Anopheles einerseits nicht entweichen konnten, daß sie aber andrerseits ohne Schwierigkeit durch die Maschen hindurch einen Menschen, auf dessen Körperoberfläche man die Käfige aufsetzte, stechen konnten. Die Käfige wurden in ein Zimmer gebracht, dessen Temperatur während der Dauer des Versuches durch Heizen gleichmäßig auf 25° Celsius gehalten wurde. Durch geeignete Vorrichtungen wurde auch dafür gesorgt, daß der Feuchtigkeitsgehalt der Luft im Zimmer ein ausreichender blieb. In dieses Zimmer wurden nun durch 14 Tage Paralytiker gebracht, die an Impf-Malaria litten, und zwar in den verschiedensten Stadien des Fieberanfalles und Intervalls und von verschiedener Dauer der Impf-Malaria. Die betreffenden Kranken waren mit zwei alten Impf-Malaria-stämmen infiziert worden, von denen der eine mehr als 80, der andere mehr als 90 Menschenpassagen hinter sich hatte. Diesen Kranken wurden die Käfige mit den Anopheles auf die Bauchhaut aufgesetzt, um den Mücken Gelegenheit zum Stechen und Blutsaugen zu geben, von der sie gerne und ausgiebig Gebrauch machten. Es wurden an diesen Kranken über 150 Stiche durch Anopheles gezählt.

In dasselbe Zimmer wurden in den folgenden 13 Tagen 6 Paralytiker gebracht, die noch nicht mit Malaria geimpft waren, also eine solche Kur erst durchmachen sollten. Diese Paralytiker wurden ebenso den Mückenstichen ausgesetzt, um sie womöglich mit Malaria zu infizieren,. Es erfolgten, soweit gezählt werden konnte, bei diesen Kranken mehr als 127 Mückenstiche.

Hierauf wurde noch drei Wochen zugewartet, um sicher zu sein, daß die Inkubationszeit einer eventuellen Malaria-Infektion vorüber war. Das Ergebnis war, daß keiner dieser 6 Kranken an Malaria erkrankte, obwohl wir im Laufe dieser drei Wochen nach den letzten Stichen bei jedem Kranken versucht hatten, eine eventuell noch latente Malaria durch Injektionen von Typhus-Vakzine, von nucleinsaurem Natrium und durch Milzbestrahlung zu provozieren. Außerdem wurde das Blut dieser 6 Kran-

ken täglich im Ausstrich und in dicken Tropfen auf Plasmodien untersucht, mit vollständig negativem Ergebnis. Nach Ablauf dieser drei Wochen wurden diese 6 Kranken durch intravenöse Injektion von Blut, das malariakranken Paralytikern entstammte, infiziert. Alle 6 bekamen nach kurzer Inkubation Malaria, die vollkommen typisch verlief und durch Chinin in der gewohnten Weise kupiert wurde.

Außerdem wurden die nach der zweiten Stechperiode überlebenden Anopheles getötet und teils frisch im Impfpräparate, teils nach Einbettung an Serienschnitten untersucht. Bei keiner der Anopheles konnten weder am Magen noch in den Speicheldrüsen Zeichen einer stattgehabten Plasmodieninfektion nachgewiesen werden. Ich möchte bemerken, daß soweit ich unterrichtet bin, unser Experiment unter allen Experimenten, die über Übertragung von Malaria durch Anopheles bisher publiziert worden sind, das umfassendste war, sowohl was das Mücken- als auch das Menschenmaterial anbelangt.

Es war also hiermit nachgewiesen, daß die Impfmalaria durch Anophelesstich nicht übertragbar ist. Allerdings gilt diese Behauptung vorläufig nur für die alten Stämme von Impfmalaria, die wir zur Verfügung haben. Es wird die Aufgabe weiterer Versuche sein, ob dasselbe auch von jungen Stämmen von Impfmalaria gilt, die nur wenige Menschenpassagen hinter sich haben.

Welche Bedeutung dieses Experiment für die Ausbreitung der Malaria-Therapie hat, brauche ich nicht auszuführen. Würde es doch, wenn es bei Wiederholung, um die ich alle ersuchen möchte, die dazu Gelegenheit haben, bestätigt wird, beweisen, daß die Impf-Malaria keine Gefährdung der Umgebung bedingt auch dort, wo Anopheles und wo sich auch die klimatischen Bedingungen zur Entwicklung der Plasmodien vorfinden. Es wird das um so wichtiger sein, als ja die Malaria-Therapie, wie Sie heute gehört haben, auch der Bekämpfung der Syphilis dienstbar gemacht werden soll, in welchem Falle sie eine sehr große Verbreitung finden müßte (langanhaltender, stürmischer Beifall).

Mingazzini-Rom: Seit mehr als einem Jahre habe ich in der Nervenklinik der Universität zu Rom als Behandlung der progressiven Paralyse die Malaria-Salvarsan- oder Malaria-Quecksilber-Therapie angewandt, indem ich die Tertiana auf intravenösem, selten auf intramuskulärem Wege inokulierte. Sämtliche Kranke, mit Ausnahme eines heruntergekommenen alten Paralytikers, haben die Fieberanfälle, selbst die vom quotidianen Typus, gut ertragen. Bei einigen Patienten, bei denen die Ergebnisse der Behandlung gering oder Null waren, haben wir die Inokulation der Malaria nach 2—3 Monaten mit positivem Resultate wiederholt und haben in diesem Falle noch deutlichere Remissionen erzielt. Diese Tatsache weist darauf hin, wie notwendig es ist, falls man sich Individuen gegenüber befindet, welche die Behandlung gut ertragen, nach einiger Zeit in der Malaria-Therapie fortzufahren, die uns nachträglich jene Besserung verschaffen kann, die anfangs nicht erzielt wurde.

In zwei Fünftel ungefähr der so behandelten Patienten haben wir Remissionen mit Rückkehr der Arbeitsfähigkeit erzielt. In einem Falle war die psychische Besserung der Art, daß der Patient seinem Berufe, nämlich eines Rechtsanwalts, nachkommen konnte. Hier ist hervorzuheben,

daß in diesem Falle auch eine bedeutende Besserung der objektiven Erscheinungen erzielt wurde (dysarthrische Störungen, Anisokorie, teilweise die Pupillenstarre auf Licht verschwanden). In mehr als einem Fünftel haben wir eine Verminderung der psychischen Störungen (vor allem der stürmischen Erscheinungen) erzielt, doch nicht in dem Maße, welches uns gestattet hätte, die Patienten zu irgendeiner Arbeit zu verwenden.

Bei den übrigen Fällen stellte man keine Veränderung des klinischen Bildes fest, ja nahm man (selten) eine schnelle Verschlimmerung der psychischen Störungen wahr. Doch handelte es sich hier um Fälle von Dementia paralytica in sehr vorgeschrittenem Stadium.

In der Mehrzahl der der Behandlung unterzogenen Fälle ergab die sowohl vor der Inokulation der Malaria, wie auch während der Fieberanfälle, und nach beendeter Behandlung vorgenommene Untersuchung des Liquors, daß im allgemeinen zwischen der Besserung des klinischen Syndroms und der Abschwächungen der Veränderungen des Liquors ein Parallelismus oft besteht. Diese Tatsache trat schon zutage durch eine starke Verminderung der vor der Behandlung konstatierten Hyperalbuminose und Hyperglobulinose, durch eine Abschwächung der Lymphozytose und durch die Mastixreaktion nach der Goebelschen Methode, welch letztere eine quantitative Verminderung der Paralysekurve aufwies. Die mit dem aktiven Liquors ausgeführte W. R. hält hingegen eine unveränderte Positivität aufrecht. Diese Ergebnisse ermutigen uns, in der unternommenen Behandlung fortzufahren, denn sie beweisen, daß die Inokulation der Malaria in zahlreiche Paralytiker, besonders wenn sie im Beginn der schweren Krankheit und in jugendliche Individuen vorgenommen wird, eine unzweifelhafte Besserung verschaffen kann.

Bering-Essen: Die Malariabehandlung der Lues des Zentralnervensystems ist den übrigen Behandlungsarten weit überlegen. Bisher wurden in der Essener Hautklinik 80 Fälle behandelt. Es wurde in Fällen mit schwerer Liquorveränderung stets eine bedeutende Besserung, sogar eine völlige Sanierung des Liquors erreicht, jedoch wurden bei den einzelnen Fällen die Reaktionen verschieden beeinflußt; nach den bisherigen Beobachtungen W. R. und Lymphozytenzahl am meisten. Daher die Berechtigung auch die Lues II und Lues latens mit Liquorveränderungen einer Malariakur zu unterziehen, aber nicht ohne Bi- oder Salvarsankur voraufgehen zu lassen oder anzuschließen. Auch der positive Blutwassermann wurde in 40% umgestimmt, wenn eine Bi- oder Salvarsankur voraufging. 3 Fälle von gleichzeitig bestehender Go-Prostatitis heilten aus. Besonders günstig sind die Resultate vor allem des klinischen Befundes bei der reinen Tabes; nicht unbedeutende Erscheinungen in Gang, Krisen, Blasenstörungen besserten sich auffallend oft bis zu völligem Verschwinden. Sogar Reflexe stellten sich wieder ein. Sehr lange bestehende Störungen wurden allerdings nicht mehr beeinflußt, aber in allen Fällen war die Besserung des Allgemeinbefindens ganz bedeutend. Bei beginnender Paralyse wurden dieselben günstigen Resultate erzielt wie anderswo; daneben aber auch, wenn auch vereinzelt, kamen rapide Verschlimmerungen vor. Bei der Paralyse und Tabes geht die klinische Besserung der serologischen voraus.

B. sieht in der Malariabehandlung einen ganz bedeutenden Fortschritt, rät aber wegen der Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Herzens zur Vorsicht in der Auswahl der Fälle.

Gerstmann-Wien: berichtet über gewisse reaktive Atypien im klinischen Bilde und im Verlauf der Paralyse im Gefolge der Malariaimpfbehandlung. Er führt im wesentlichen folgendes aus: In direktem oder indirektem Zusammenhang mit der Malariabehandlung der Paralyse stellt sich nicht selten eine sukzessive reaktive Umwandlung des typischen klinischen Bildes in eine atypische halluzinoseartige bzw. halluzinatorisch-paranoide Erscheinungsform ein. — Diese Umwandlung vollzieht sich gewöhnlich zu Ende der Fieberperiode oder innerhalb eines gewissen mehr oder minder ausgedehnten Zeitintervalls nach der medikamentösen Unterbrechung der Malariainfektion. Manchmal erfolgte der Umschlag in ein halluzinatorisch-paranoides Zustandsbild in unmittelbarem Anschluß an eine in der Nachbehandlungsperiode jeweils verabreichte Neosalvarsaninjektion. — Im Vordergrund dieser halluzinatorisch-paranoiden Umwandlungsprodukte stehen akustische Halluzinationen elementaren und komplexen Charakters. Dieselben sind oft von außerordentlicher sinnlicher Lebhaftigkeit und verleihen dem Zustandsbild das Gepräge einer Halluzinose. Sie treten meist in Form von Stimmenhören (wechselnden, vornehmlich beschimpfenden und bedrohenden Inhalts) in Erscheinung, sind häufig mit Pseudohalluzinationen (im Sinne des Gedankenlautwerdens) und Gefühlstäuschungen vergesellschaftet, können auch mit Trugwahrnehmungen anderer Sinnesgebiete kombiniert sein. — In manchen Fällen sind die halluzinatorisch-paranoiden Phänomene mit katatonen Erscheinungen derart verbunden, daß eine weitgehende Ähnlichkeit mit dem Bilde einer katatonen oder paranoiden Schizophrenie entsteht. — Die Dauer dieser im klinischen Bilde der Paralyse zu den größten Seltenheiten gehörenden akustisch-halluzinatorischen bzw. halluzinatorisch-paranoiden Erscheinungsformen ist eine wechselnde. Sie stellen sich als temporäres, episodisches Ereignis in Fällen dar, die in eine volle Remission übergehen, und nehmen einen sich stabilisierenden chronischen Charakter an in Fällen, in denen auf einer mehr oder minder unvollkommenen Remissionsstufe oder auf der Stufe der bereits vor dem Eintreten in die Behandlung bestandenen Defektuosität ein Stationärzustand sich etablierte. — Es besteht meist ein deutlicher Antagonismus im Krankheitsverlauf zwischen den typischen paralytischen Erscheinungen und den atypischen halluzinatorisch-paranoiden Gebilden: letztere präsentieren sich als psychopathologische Rückbildungsmanifestationen des paralytischen Krankheitsprozesses auf dem Wege der Entwicklung einer vollen Remission oder eines Stationärzustandes. — Auch bei Behandlung mit Bakterienprodukten (Tuberkulin, Typhusvakzine) wurde diese Umwandlung des klinischen Bildes in ein halluzinatorisch-paranoides Bild gelegentlich beobachtet. In den (in der Literatur niedergelegten) Fällen von stationärer Paralyse erscheinen in einer das Krankheitsbild beherrschenden Weise halluzinatorisch-paranoide Phänomene als ein geradezu häufiges Vorkommnis. — Dem durch diesen Umwandlungsvorgang geschaffenen atypischen Zustandesbilde geht auch in serologischer und anatomischer Hinsicht eine sukzessive Umwandlung des für die Paralyse typischen in einen atypi-

schen Befund im Sinne einer weitgehenden Regression oder Reduktion der pathologischen Veränderungen parallel. — Die außerordentliche Seltenheit dieser psychotischen Gebilde bei dem gewöhnlichen fortschreitenden Paralyseverlauf auf der einen, die Häufigkeit ihres Vorkommens in remittierenden und stationär gewordenen Fällen von Paralyse und ihre mehrfache Ähnlichkeit mit den sog. syphilitischen Halluzinosen und der paranoiden Hirnlues wie auch mit dem durch das Vorherrschen halluzinatorisch-paranoider Erscheinungen ausgezeichneten klinischen Bilde der Endarteritis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße auf der andern Seite, legen die Vermutung nahe, als wenn dem eigenartigen klinischen Umwandlungsprozeß biologisch gleichsam eine Verschiebung der Hauptkomponenten des paralytischen Krankheitsvorgangs nach der Seite einer einfachen Hirnlues im allgemeinen zugrunde liegt. — Dieser Gedanke findet seine Begründung in der schon der gewöhnlichen unbehandelten Paralyse — wie aus den anatomischen Verhältnissen (Jakob) erkennbar ist — innewohnenden, jedoch infolge von Insuffizienz der Schutz- und Abwehrmechanismen u. dgl. nicht realisierbaren Verschiebungstendenz in der Richtung einer Gewebsreaktion, wie sie bei der einfachen Hirnlues vorliegt. Im Gefolge der Infektionstherapie stellt sich vermutlich eine Umstimmung des paralytischen Hirngewebes in positivem spezifischem Sinne ein. Es kommen dadurch in zunehmender Entwicklung biologische Bedingungen zustande, die einer Rückkehr in ein apathogenes, benignes, symbiotisches Verhältnis zwischen Spirochäten und Nervensubstanz die Wege ebnen.

Sträußler und *Koskinas*-Prag: Wir haben vor 3 Jahren die ersten Untersuchungen zwecks Feststellung des Einflusses der Malariabehandlung auf den histopathologischen Prozeß der progressiven Paralyse begonnen und im Jahre 1923 in Nr. 17 der Wien. med. Wochenschrift über die Ergebnisse dieser Untersuchungen berichtet, die sich auf 7 Fälle erstreckt hatten. Aus dem anatomischen Material der Klinik an Paralysen, die einer Malariakur unterzogen worden waren, wurden alle Fälle ausgewählt, welche nach der Kur eine deutliche Remission aufgewiesen hatten; es waren 3 Fälle, der eine davon mit einem fraglichen Rezidiv nach einer 1 Jahr währenden Remission. Zur Kontrolle der an den remittierten Fällen gewonnenen Untersuchungsergebnisse wurden weiter 3 gerade damals in Malariabehandlung ad exitum gelangte Paralysen ohne Remission histologisch untersucht und ein 4. Fall aus dem älteren Material noch herangezogen.

Wir waren an die Untersuchung mit einer gewissen Skepsis herangetreten, da wie Alzheimer schon in seinem großen Werke über die Paralyse hervorgehoben hat und wie es durch die alltägliche Erfahrung bestätigt wird, ein völliger Parallelismus zwischen Gewebsveränderungen und Krankheitsäußerungen nicht besteht. Es ist von Interesse, daß Alzheimer als Illustrationsfaktum u. a. auch die Beobachtung eines Paralytikers anführt, der während einer recht vollständigen Remission einem Herzleiden erlegen war und dessen Gehirn eine ganz beträchtliche paralytische Erkrankung aufgewiesen hatte.

Die 3 remittierten Fälle zeigten aber untereinander und mit dem

klinischen Verlaufe eine solche Kongruenz, daß schon dan
rung gerechtfertigt erschien, daß die durch die Malariabeha
Remission auch im anatomischen Befunde einen Ausdruc
besser gesagt, daß die Remission die Folge einer Regressi
Stillstandes des pathologischen Hirnprozesses bildet. Alle
das Bild der durch die Geringfügigkeit besonders der Entzün
nungen bzw. durch den großen Kontrast zwischen degenerati
zündlichen Veränderungen charakterisierten stationären
klinisch durch einen äußerst schleppenden, nach den in der
richteten Fällen bis zu 32 Jahren währenden Verlauf geken

Wir haben nun das ganze Material der Klinik an mit M
delten und gestorbenen Paralysen durchgearbeitet, zwecks
laufender Orientierung aber auch die Fälle untersucht, die
geblieben waren, sei es, daß sie wegen einer körperlichen Erl
die Malariabehandlung als nicht geeignet erachtet worden od
nach der Aufnahme zugrunde gegangen waren. Die Unte
streckte sich so auf im Ganzen 48 Fälle, davon 37 behandelte.
37 waren 4 vor dem Auftreten typischer Malaria gestorben.

die Erkl
ung erziel
findet od
oder ein
Fälle bot
ngsersch
n und en
ralyse, d
teratur be
eichnet ist
aria behan
ntrolle und
nbehandelt
ankung für
kurze Zeit
uchung er-
Von diesen

Wir fanden nun das frühere Ergebnis, daß der Remissio
logische Befund der stationären Paralyse entspricht, durch di
fundene bestätigt. Es liegt in der Natur der Sache, daß das in diese Gruppe
fallende Material auch weiter ein sehr kleines geblieben ist. Wir verfügen
nur über einen einzigen neuen Fall von länger dauernder Remission bei
einem Paralytiker, der im August 1921 mit den Erscheinungen der ein-
fach-dementen Form der Paralyse in die Klinik aufgenommen, der Malaria-
kur unterzogen und mit einer deutlichen Besserung entlassen wurde, die
sich dann zu einer guten, wenn auch nicht vollkommenen Remission wei-
terentwickelte. Es handelte sich um einen Verwaltungsbeamten des Wie-
ner Allgemeinen Krankenhauses, der nach der Behandlung wieder beruf-
lich tätig war, in der ganzen Zeit unter periodischer Kontrolle der Klinik
stand, bis er im Februar dieses Jahres infolge einer Magen-Darmoperation
an der Chirurgischen Klinik starb. Gegenüber der Beobachtung aus der
ersten Serie, wo es sich um eine Remission von kaum sechsmonatiger
Dauer gehandelt hatte, zeigt dieser Fall entsprechend der längeren Dauer
der Remission auch einen höheren Grad des Rückgangs der paralytischen
Erscheinungen. Die entzündlichen Veränderungen beschränken sich auf
sehr spärliche Lymphozyten in einzelnen Gefäßen, meist Präkapillaren,
sehr selten sind Plasmazellen zu sehen, und frische proliferative Erschei-
nungen an der Glia wie auch Stäbchenzellen fehlen ganz. Die wenig ver-
dickten Meningen zeigen nur regionär geringe Lymphozyteninfiltration.
Dieser Fall liefert eine direkte Bestätigung dafür, daß der Remission der
klinischen Krankheitsäußerungen ein Stillstand im anatomischen Prozeß
entspricht. Als indirekte Stütze für die Allgemeingültigkeit dieser Koin-
zidenz können dann die Befunde herangezogen werden, die wir in Fällen,
in welchen nach einer mehr oder weniger langdauernden Remission erheb-
licheren Grades neue Krankheitserscheinungen aufgetreten waren, erhoben
haben. In diesen Fällen — in diese Gruppe gehören 3 aus unserer Unter-
suchungsreihe — kann man aus dem Mißverhältnis zwischen der Dauer
der Erkrankung und dem wenig fortgeschrittenen Grad der degenerativen

paralytischen Veränderungen schließen, daß es sich um ein Wiederaufflackern eines längere Zeit stillgestandenen Prozesses handelt.

Nun ergab sich bei unseren Untersuchungen, daß in einer Anzahl von Fällen eine ebensoweit (in 2 Fällen) oder fast soweit (in 6 Fällen) gehende anatomische Remission nach einer größeren Anzahl von Malariafällen zu konstatieren war, ohne daß auch schon im klinischen Bilde die Remission deutlich zutage getreten wäre. Beim Vergleiche mit einem unbehandelten Paralytikermaterial ist zweifellos die Zahl der Fälle mit so geringen Entzündungserscheinungen eine auffällig große. Wenn man von unseren 37 Fällen die 4, welche noch nicht gefiebert hatten, weiter 3 Fälle mit 1, bzw. 3 und 4 Anfällen und dann die 4 Remissionen und 3 Rezidive abzieht, so ergibt sich, daß 8 von 23 vollbehandelten Fällen, also rund $^1/_3$ diesen geringen Befund geboten hatten.

Der im 7. bis 10. Malariaanfalle erfolgte Tod machte der Beobachtung ein Ende, und die Frage, ob und wann eine Remission zustandegekommen wäre, bleibt also unentschieden. Trifft die früher gemachte Annahme hinsichtlich der histopathologischen Grundlagen der Remission zu, so müßten diese Fälle entweder zu der Gruppe von Remissionen gehört haben, welche sich unmittelbar an die Malariaanfälle anschließen, oder geht die Entwicklung der Remission mit Beziehung auf den anatomischen Prozeß derart vor sich, daß sie dem Rückgang der histologischen Veränderungen erst nach kürzerer oder längerer Frist nachfolgt, indem die im Gehirn zweifellos vorhandenen Kompensationsmöglichkeiten zur Deckung der durch den Prozeß gesetzten Anfälle erst allmählich wirksam werden.

In Übereinstimmung mit dem Rückgange der histopathologischen Veränderungen in den remittierten Fällen stehen die neueren, zuerst von *Kaltenbach* an einem größeren Material und dann von *Pötzl* und seinen Schülern bezüglich der Verhältnisse des Liquor nach Malariabehandlung erhobenen Befunde, welche sich bis zumNegativwerden aller Reaktionen bessern können. (Haemolysenreaktion). Auf die von *Kirschbaum* und *Kaltenbach* sowie auch von *Pötzl* und *Herrmann* berichteten Veränderungen der Normomastix- bzw. Goldsolreaktion von der Paralysekurve zur Lueszacke muß ich noch später zurückkommen.

Bezüglich der Einzelheiten der Befunde bei der stationären Paralyse sei noch darauf hingewiesen, daß die Infiltrationserscheinungen in den Meningen hartnäckiger zu sein scheinen als in der Gehirnsubstanz, daß hier das subkordikale Mark, der Stamm und die Med. obl. länger die Entzündungselemente bewahren als die Rinde, und daß der diffuse Charakter des Prozesses einem mehr regionären Platz macht. Daß die Lymphozyten über Plasmazellen zu überwiegen scheinen, wurde bereits erwähnt und es wäre noch hervorzuheben, daß die Gefäßwandzellen, Endothel- und Adventitiazellen dauernd in einem Zustande progressiver Veränderungen verharren.

Viel größere Schwierigkeiten ergeben sich, wenn man es versucht, aus den anatomischen Befunden seinen Aufschluß darüber zu erhalten, auf welche Weise der Rückgang der paralytischen Veränderungen vor sich geht und zustande kommt. Die Ergebnisse der ersten Untersuchungen schienen darauf hinzuweisen, daß eine Heilentzündung im Sinne *Biers*, die entweder durch die Malariaerreger direkt hervorgerufen oder durch

eine Aktivierung der Abwehrkräfte des Organismus ausgelöst wird, den Erfolg der Malariabehandlung begründet. Die Vorstellung, daß der Rückgang der Erscheinungen auf dem Umwege über eine Steigerung der Entzündung, wobei eventuell auch die Art der Entzündung eine Wandlung von einer unspezifischen, paralytischen zu einer spezifischen, luetischen (*Jakob*) erfahren könnte, zustande kommt, wurde nicht nur durch die von uns in den ersten Fällen erhobenen Befunde (miliare Gummen, wie *Sträußler* sie seinerzeit bei der Paralyse zuerst beschrieben hat, massenhafte Auswanderung von Plasmazellen aus den Gefäßen) gestützt, sondern auch durch die häufig während der Malariabehandlung nachgewiesene Steigerung der positiven Liquorreaktionen und die Wandlung der Goldsolreaktion in der Richtung zur spezifischen Form. Ich möchte erwähnen, daß gerade unter den jetzt untersuchten Fällen sich eine unbehandelte juvenile Paralyse befand, bei welcher die Liquor-Goldsolreaktion eine Lueszacke aufwies und der anatomische Befund eine progressive Paralyse mit Mehrkernigkeit der Pukinjezellen (nach *Sträußler*) zusammen mit sehr zahlreichen miliaren Gummen ergab.

Eine entschiedene Steigerung des Entzündungsprozesses und spezifisch luetische Erscheinungen erwiesen sich aber bei der großen Zahl der untersuchten Fälle als zu selten, als daß man den Weg über die Heilentzündung oder gar die Entstehung eines spezifisch luetischen Prozesses vor dem Rückgang der Erscheinungen als Regel ansehen könnte. Wenn auch die Mehrzahl unserer während der Malariabehandlung zugrunde gegangenen Fälle bereits eine große Anzahl von Malariaanfällen durchgemacht hatten, so wäre es doch nicht gerechtfertigt, sich etwa damit zu beruhigen, daß in den Fällen bereits die Akme der Entzündung wieder abgeklungen war. Für das Wesen der Malariawirkung und die Art, wie der Rückgang des pathologischen Prozesses zustandekommt, gibt uns also die anatomische Untersuchung bisher keinen befriedigenden Aufschluß. In einem Falle wurde neben der progressiven Paralyse eine luetische Meningoencephalitis nachgewiesen, welche durch 8 Malariaanfälle vollständig unbeeinflußt geblieben zu sein scheint.

Es wird vielfach die Frage diskutiert, ob es sich bei den Erfolgen der Malariabehandlung durchweg nur um Remissionen oder doch auch um wirkliche Heilungen handelt. Eine Heilung im anatomischen Sinne konnten wir bisher nicht nachweisen. Es ist aber zu berücksichtigen, daß wir einen vollständig einwandfreien Fall klinischer Heilung noch nicht zur Untersuchung bekamen. Vergleicht man aber die Befunde bei der 6 monatigen und der 2 jährigen Remission miteinander, so liegt die Annahme nahe, daß der Rückgang der Entzündungserscheinungen bis zu deren Verschwinden fortschreiten kann.

Runge-Kiel: Die Milch-Salvarsantherapie der progressiven Paralyse. Nach den langjährigen Erfahrungen des Vortr. und anderer Autoren kann eine sehr intensive Salvarsantherapie zweifellos bei der Paralyse häufiger Remissionen erzeugen, die aber nicht dauerhaft sind. Um die Erfolge dauerhafter zu gestalten, hat Vortr. aus bestimmten Erwägungen heraus seit 1919 57 Fälle von Paralyse mit täglichen intramuskulären Milchinjektionen (14 Tage lang) und gleichzeitig mit täglichen Silbersalvarsaninjektionen in kleinen Dosen behandelt. Die Salvarsanbehandlung wurde nach Ab-

schluß der Milchtherapie bis auf hohe Gesamtdosen fortgesetzt. Erstere Schädigungen wurden nicht beobachtet (vereinzelt vorübergehende Albuminurie, anaphylactische Erscheinungen, leichtere Collapse während des Schüttelfrostes). Es konnten sehr hohe Temperaturen über 41° erzielt werden, jedoch war die Wirkung der Milch individuell verschieden. Die erstrebten Dauererfolge werden insofern erreicht, als 25—43,9% der Fälle gute Remissionen aufweisen und bis heute arbeitsfähig sind, davon die Hälfte der Fälle 3—5 Jahre, die übrigen 1—2¾ Jahre. Eine Reihe dieser Fälle kann wahrscheinlich insofern als geheilt betrachtet werden, als der paralytische Prozeß zum Teil unter Hinterlassung leichter Defekte abgeklungen zu sein scheint. Außerdem wurden in 9—15,8% vorübergehende Remissionen (zweimal von 3—4 jähriger Dauer mit voller Arbeitsfähigkeit) ferner in zwei Fällen geringere Remissionen, in 47% der Fälle ein bis jetzt andauerndes Stationärbleiben (von 2—5 j. Dauer) erzielt. Unbeeinflußt blieben 9—15,8%, die sämtlich außer 9 anderen Fällen (insgesamt 32%) gestorben sind. Über 6 Fälle war keine Nachricht zu erhalten. Die Blut- und Liquorreaktionen wurden weitgehend, z. T. bis zum völligen Negativwerden der Wassermannschen Reaktion (bes. bei den Fällen mit lange bestehender Remission) beeinflußt, die Nonnesche Reaktion schwand nur vereinzelt nach längerer Zeit. Die Beeinflussung der Liquorreaktionen ist insofern von prognostischer Bedeutung, als beim Positivbleiben der Wassermannschen Reaktion im Liquor mit einem Rückfall auch nach Jahren gerechnet werden muß, wie ein Fall von Rezidiv nach 4 Jahren zeigt. — Aus den Resultaten ist zu schließen, daß außer der Malariatherapie auch die Milchsalvarsantherapie zweifellos in einem erheblichen Teil der Fälle günstig wirkt und Dauererfolge zu erreichen vermag. Sie hat gegenüber der Malariatherapie den Nachteil, daß sie umständlich ist, und den Vorteil, daß man die Beeinflussung des Fiebers mehr in der Hand behält und daß sie gefahrloser ist. Wünschenswert ist es, daß die chem. Industrie ein Mittel lieferte, das mit noch größerer Sicherheit hohes Fieber und eine möglichst energische Proteinkörperwirkung erzeugt. Weitere Studien werden dann ergeben müssen, ob auf diesem Wege eine Ausschaltung der Malariatherapie möglich ist. (Ausführliche Mitteilungen an anderer Stelle.)

Sagel-Arnsdorf: In der staatlichen Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf in Sachsen habe ich in den letzten 3 Jahren 148 Paralytiker der Behandlung mit Recurrens-Duttoni unterzogen. Die Behandlung fand ohne Salvarsan wahllos statt, ohne dem Bestreben nachzugeben, eine möglichst hohe Heilungsziffer für eine günstige Statistik zu erlangen. Aus Erwägungen, deren Besprechung die Grenze der Diskussion überschreiten würde, wurden die Kranken zum größten Teil mehrmals, bis zu 9 mal mit Recurrens geimpft und zwar intracutan und subcutan. Die Infektion ging stets bei der ersten Injektion an.

Von den 148 Gespritzten stehen 33 noch in Behandlung, sodaß für die Beurteilung des Erfolges 115 in Frage kommen. Von diesen 115 sind 54 arbeitsfähig, „sozial geheilt" nach Hause entlassen. Das sind 47%. 20 sind gebessert, das sind 17,4%. Es wurden also klinisch im günstigen Sinne beeinflußt 64,4%. Berücksichtigt man, daß dies das Ergebnis bei wahllos behandelten Paralytikern ist, so ist das hochbefriedigend. Zieht

man von dieser Zahl diejenigen 19 Fälle ab, die von vornherein besonders wenig Erfolg versprechend erschienen, die vor allem mit sinnfälligen Herdsymptomen behaftet waren und die mit nur einer überraschenden Ausnahme auch erfolglos behandelt wurden, und die man bei dem Streben nach „guter Statistik" nicht behandelt haben würde, so würde man für sozial geheilte eine Zahl von 56,2% und für die gebesserten von 20,8%, für alle günstig beeinflußten von 77% haben.

Von den sozial geheilten sind einige schon über 2 Jahre wieder erfolgreich im Berufe, z. T. in recht verantwortlicher Stellung tätig. Rückfälle sind 4 beobachtet worden. Einer von diesen konnte nach Reinfektion mit Recurrens abermals arbeitsfähig entlassen werden.

Am Liquor besserte sich die Wassermannsche Reaktion 18 mal, die Kafka-Reaktion 4 mal, Goldsolreaktion 17 mal, Mastix 5 mal, Cytologische Besserungen traten 23 mal auf. Die Besserungen traten oft erst spät ein. — Diese Besserungen gingen mit den klinischen Besserungen nicht parallel. — An Recurrens gestorben ist kein Fall. Bei einem Falle, der in einem Fieberanfall einen status paralyticus bekam und in diesem starb, könnte man natürlich der Recurrens eine auslösende Ursache zuschreiben. Sonst hat kein Fall dauernden Schaden durch die künstliche Infektion genommen.

Diese geringe Gefährlichkeit scheint mir im Vergleich zur Malaria-Therapie besonders beachtlich und hat mich ermutigt, auch bei Tabes Versuche mit Recurrens zu beginnen. Bisher habe ich 2 Tabiker mit Recurrens gespritzt, diese Behandlung ist aber noch nicht abgeschlossen.

Lampar-Graz: Durch die in den letzten Jahren bekannt gewordene günstige Beeinflussung der Paralyse mit der von *Wagner-Jauregg* inaugurierten Impfmalaria, insbes. auch durch die Mitteilungen *Kyrles* und *Weygandts* angeregt, habe ich in diesem Frühjahre Versuche einer Malariabehandlung an 2 Fällen von Neurolues unternommen, die sich gegenüber der vorher erschöpfend durchgeführten spezifischen Behandlung vollkommen refraktär verhalten haben. Ich habe mich zu der Behandlung mit Impfmalaria, die nach bisher mitgeteilten Beobachtungen als nicht gefahrlos angesehen wird, erst im Sinne einer ultima ratio entschlossen. Umsomehr war ich von den Erfolgen überrascht, die sich schon während der Behandlung, sowie nach derselben nach der subjektiven wie nach der objektiven Seite hin ergaben.

Der Kürze der Zeit halber will ich nur die wichtigsten Symptome aus den Krankengeschichten hervorheben, doch stehen diese ausführlich zur Verfügung.

Im Falle I handelt es sich um eine Lues cerebrospinalis mit der Verlaufsform einer multiplen Sklerose. Die durchgeführte spezifische Behandlung brachte nicht nur keine Besserung der Beschwerden, es traten sogar nach derselben incontinentia alvi et urinae und vollkommene Unbeweglichkeit ein, sodaß die Kranke nicht einmal mehr auf die Wage gebracht werden konnte. 2 Monate nach Beendigung der antiluetischen Kur erfolgte die Malariaimpfung. Nach dem 4. Anfalle schon berichtet die Kranke spontan, daß sie die Beine wieder bewegen kann. Zu gleicher Zeit schwindet auch die incontinentia alvi et urinae. 14 Tage nach dem letzten Fieberanfalle versucht die Kranke bereits wieder aufzustehen und

in einigen weiteren Tagen gelingt es ihr, allein ohne Stütze durch das Krankenzimmer zu gehen. Die Malariabehandlung beseitigte auch die monatelangen Kopfschmerzen und weiter ist eine Gewichtszunahme nach derselben um 8 kg zu verzeichnen. Der Liquorbefund hat sich nach der Malariabehandlung ebenfalls gebessert und zwar zeigte er vor der Behandlung folgende Reaktionen: *Nonne-Apelt* Ph. I stark positiv, *Pandy* stark positiv, *Nissl* 0,0275‰, Lymphozyten 24 im cmm, *Meinicke* positiv, Goldsol 66554433211; nach der Malariabehandlung: *Nonne-Apelt* Ph. I negativ, *Pandy* mittelstark positiv, *Nissl* 0,009‰, Lymphozyten 13 im cmm, *Meinicke* positiv, Goldsol 55443211111.

Im Falle II wurde die Diagnose zunächst auf Neuritis ischiadica sinistra gestellt. Nach der 3. Vaccineurininjektion treten erst klonische Reflexe und Patellarkloni sowie Fußklonus rechts auf. Die nunmehr angestellte Liquoruntersuchung ergibt durchweg positive Reaktionen und zwar *Nonne-Apelt* positiv, *Pandy* positiv, *Nissl* 0,017‰, Lymphozyten über 16 im cmm, *Meinicke* positiv, WaR (0,8) positiv, Goldsol 12234311111, während die WaR des Blutes negativ ausfiel. Auf die restlos durchgeführte antiluetische Kur tritt keinerlei Besserung ein, es ist sogar ein Verlassen des Bettes unmöglich geworden und die Schmerzen, die sich nunmehr auch im rechten Bein einstellten, mußten mit stärkeren antineuralgischen und narkotischen Mitteln gelindert werden. 1½ Monate nach Beendigung der spezifischen Behandlung erfolgte die Impfung mit Malaria. Auch in diesem Falle berichtet die Kranke schon nach dem 3. Fieberanfalle spontan, daß sie das linke Bein wieder bewegen könne und die Schmerzen geringer geworden seien, im rechten Bein sogar ganz schwanden. Nach Beendigung der Malariakur gelingt es der Pat. nach viermonatigem ununterbrochenen Krankenlager mit Zuhilfenahme eines Stockes wieder nicht unbedeutende Strecken zu gehen. Am objektiven Befunde fällt besonders auf, daß jetzt die Patellarkloni nicht mehr vorhanden sind und daß der linke Achillessehnenreflex deutlich auslösbar geworden ist, links sogar stärker als rechts.

Dazu möchte ich noch bemerken, daß die Mitte September kurz vor Zusammenstellung dieser Mitteilung angestellten Nachuntersuchungen ein volles Fortbestehen der durch die Malariabehandlung im Falle I erzielten Erfolge ergaben; im Falle II war es für den geschilderten Erfolg der Behandlung bezeichnend, daß ich die Pat. anläßlich der Vornahme der Nachuntersuchung nicht zu Hause antraf, weil sie zu dieser Zeit ihre Einkäufe in der Stadt besorgte.

Leider ist im Falle II eine Liquoruntersuchung nach der Malariabehandlung aus äußeren Gründen bisher unmöglich gewesen, doch wird dieselbe nachgeholt werden.

Aus den eben erwähnten Mitteilungen glaube ich in Anbetracht des verhältnismäßig eindeutigen Behandlungserfolges — ich betone ausdrücklich bei aller gebotenen Vorsicht infolge der zu geringen Zahl der Fälle — folgern zu dürfen, daß in Fällen von cerebrospinaler Lues, in welchen die bisher bekannten Methoden spezifischer Behandlung zu keinem Erfolge führen, die Durchführung einer Impfmalaria als Versuch gegeben erscheint. Ein gleiches wird in jenen Fällen von Neurolues be-

rechtigt sein, in welchen man bisher als ultima ratio sich zu operativen Eingriffen entschlossen hat.

Weiters möchte ich noch auf eine Tatsache hinweisen, die sich aus dem Falle II ergibt, daß nämlich die durch Neurolues hervorgerufenen Krankheitszeichen wie Patellarkloni und Fußklonus erst nach der 3. Vaccineurininjektion auftraten, wodurch dann erst das Augenmerk auf die luische Genese gerichtet wurde. Es erscheint mir berechtigt, über diese Erscheinung nicht achtlos hinwegzugehen. Es wird noch festzustellen sein, inwieweit sie eine grundsätzliche Folge von Vaccineurinwirkung bei Lues ist.

Bouman-Amsterdam: Ich habe in meiner Klinik in Amsterdam nicht solche schöne Resultate wie in anderen Kliniken. Ganz dasselbe ist im National Hospital in London wahrgenommen. Wir haben relativ viele Todesfälle, aber nicht so viel, wie man hier sagte (10—15%), auch nicht, wie Professor *Weygandt* meinte, von der Malaria tropica, aber von der echten Malaria tertiana. Die Fälle sind von einem Malariologen und von mir histopathologisch kontrolliert worden. Auch ich meine, daß die Beziehung zwischen Prognose und Liquorkontrolle nicht besteht. Schwierig ist auch öfters der Unterschied zwischen Lues cerebri und Metalues; in verschiedenen Fällen hat man vielleicht die Lues geheilt. Nichtsdestoweniger meine ich, daß wir am besten tun, in der vorgeschlagenen Richtung fortzufahren und auch nach den Ursachen der Mißerfolge und Todesfälle zu suchen.

Schuster-Budapest: In einem Falle ambulant ausgeführter Malaria-Therapie an einem Paralytiker wurde die Tochter des Kranken an Malaria krank (wahrscheinlich durch Wanzenstich). In Budapest ist die Malaria nicht endemisch, da seit 2½ Jahren nur ein Fall von Malaria beobachtet wurde. Wegen der großen Gefahr des Kollapses darf die Kur nur in einer Anstalt ausgeführt werden. Von 55 mit Malaria-Salvarsan behandelten Kranken wurden 23% als berufsfähig, 11% als gebessert und die übrigen als unbeeinflußbar gefunden.

Zur Theorie der Wirkungsweise der Malaria verweist Vortr. auf die Vitalfärbungsversuche an syphilitischen Kaninchen, über die er auf der 14. Jahresversammlung deutscher Nervenärzte berichtet hat. Es handelt sich im Tierexperiment um elektrostatische intramuskuläre Umwandlungen im Gewebe durch die hochdispersen Farbstoffe und bei der Malariakur um elektrostatische Wirkungen, die die Malariaplasmodien erzeugen, wobei wirksame Toxine in unwirksame chemische Verbindungen umgewandelt werden.

V. hat Gelegenheit gehabt, das Arsenpräparat Albert 102 an einer Reihe von Kranken mit multipler Sklerose, Paralyse oder Tabes (12 Fälle) zu versuchen. Albert 102 ist ein sehr wirksames und völlig unschädliches Präparat, das seine besondere Wirkung auf die Erscheinungen des Zentralnervensystems hat. Alle 12 Fälle, auch die von multipler Sklerose und Paralyse wurden durch die Behandlung erwerbsfähig.

Köster-Flensburg-Glücksburg: Trotz der ablehnenden Haltung gegenüber intralumbaler Behandlung oder in gewissem Sinne wegen derselben fühle ich mich veranlaßt, meine diesbezüglichen Erfahrungen kurz

mitzuteilen. Erwähnt werden sollen nur solche Kranke, die ich 4—5 Jahre nach intralumbaler Behandlung beobachten konnte.

Das Wesentliche bei den so behandelten Pat., 6 an der Zahl, läßt sich so skizzieren: Es handelte sich um tertiäre Lues; sehr energische Allgemeinbehandlung mit Salvarsan und Quecksilber hatte stattgefunden (die Malariabehandlung war damals für die Praxis noch nicht spruchreif). Trotz fortgesetzter kombinierter Allgemeinbehandlung gelang es nicht, das Hauptsymptom: unerträgliche bis zur Verzweiflung führende Kopfschmerzen irgendwie zu beeinflussen. Wohl wurde das anfänglich positive Serum Wa. negativ, (in einigen Fällen war das Serum bereits Wa.-negativ, als ich die Behandlung begann), aber der Liquor, der stark vermehrt war und unter hohem Druck (300—400 mm) stand, zeigte Globulinvermehrung, ausgesprochene Pleocytose und posit. Wa. schon bei einer Austitrierung von 0,2—0,3.

Da entschloß ich mich, und ich betone, nur in solchen Fällen, wo die Allgemeinbehandlung im Stich ließ, trotz geäußerter theoretischer Bedenken, die mir nicht einleuchten wollten, zur intralumbalen Salvarsanbehandlung, die ich abweichend von den in der Literatur beschriebenen Methoden mit ganz einfachen Mitteln (20 ccm Rekordspritze und 100 ccm Meßzylinder) folgendermaßen ausführte: von einer Auflösung von 0,045 Neosalvarsan in 100 ccm dest. Wasser zog ich 1—2 oder mehrere ccm je nach vorliegendem Fall in die Rekordspritze auf und vermengte mit 15—20 ccm Liquor. Dann ließ ich langsam tropfend weiter Liquor ab, solange Liquor spontan floß. Dann infundierte ich sehr langsam unter Drehung des Kolbens der Rekordspritze einen Teil der Neosalvarsanlösung und zog dann wieder Liquor an, den ich mit der Restlösung mischte. Erst nach mehrfacher derartiger Wiederholung infundierte ich die ganze Menge. So konnte ich mit verhältnismäßig kleiner Liquormenge eine gründliche Durchmischung und vorzüglichen therapeutischen Effekt erzielen, fast ohne jegliche unangenehme Nebenwirkung. Schon nach 2 solchen Behandlungen (jedes Mal 2—3 Wochen Intervall und mindestens einwöchige Bettruhe nach jeder Behandlung) fühlten sich die Pat. erheblich gebessert und nach weiteren 2—3 völlig beschwerdefrei. Aber vor allem war auch eine Sanierung des Liquors eingetreten!

In einem Falle wurde vorher negativ gewordenes Serum erneut Wa.-positiv, schwand aber bald bei kombinierter Behandlung.

Die sechs genannten Pat. sind auch heute noch nach Ablauf von 4—5 Jahren beschwerdefrei, und auch die Liquoruntersuchung, soweit ich sie vornehmen konnte, fiel negativ aus. Somit ist eine große Überlegenheit der intralumbalen Salvarsanbehandlung gegenüber der alleinigen kombinierten Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber nicht von der Hand zu weisen, und gegenüber diesen Tatsachen müssen die theoretischen Bedenken gegen diese Behandlungsmethode weichen.

C. Mayer-Innsbruck: Über die Behandlung der Paralyse an der Innsbrucker psychiatrischen Klinik (63 Fälle) hat vor einigen Monaten *Untersteiner* berichtet. Es wurde bei etwa der Hälfte der Fälle Besserung verschiedener Abstufung erzielt. Seither wurden weitere 9 Paralytiker geimpft, von denen 4 hinsichtlich ihrer Psychose nicht gebessert wurden. In einem dieser Fälle, der wegen des nicht allzu vorgeschrittenen Zustandes

für die Impfung besonders aussichtsreich erschien, kam es zur Entwicklung einer jener halluzinatorischen Psychosen, wie *Gerstmann* sie beschrieb. *M.* hätte gern etwa tröstliches über die Beeinflußbarkeit der Opticusatrophie gehört, die ja unser besonderes Sorgenkind bei der Behandlung der Tabes ist.

Arning-Hamburg: *A.* kann sich dem Pessimismus *Nonnes* in Bezug auf die Unzuverlässigkeit der Frühkuren nicht anschließen, glaubt aber auch, daß die Syphilidologen den Kampf mit der Frühlues immer schärfer aufnehmen müssen, mit chemotherapeutischen, spezifischen und unspezifischen Heilmitteln.

Nonnes Zahlen scheinen insofern einer Emendatur zu bedürfen, als *N.* den Anfang der Salvarsanära 1914 datiert, während tatsächlich 1911 schon allgemein mit Salvarsan behandelt wurde.

Daß es auch andere Resultate von Zählungen großen Materials gibt, zeigt eine Statistik, die *A.* der liebenswürdigen Mitteilung und Publikationserlaubnis von Prof. *Pinkus*-Berlin verdankt: Von 3000 seit 1908 in den Listen geführten Prostituierten Berlins waren metaluetisch erkrankt: Unbehandelte 16,7%, mit Hg. behandelte 6,7%, mit Salvarsan behandelte 2,4%. Diese Zahlen stehen in direktem Widerspruch zu dem von *Nonne* Angeführten.

Herr *Weygandt* betont die Unwirksamkeit von Serum von Luetikern. *A.* verweist auf die schöne Arbeit von *Ebersmann*, daß erst nach Jahren das Serum von Luetikern spirochaetocide Eigenschaften entwickele, man müßte also zu therapeutischen Versuchen auch Serum von Luetikern nehmen, deren Infektion jahrelang zurückliege.

Pappenheim-Wien: M. H.! Sie haben über die Bedeutung der Liquorbefunde, welche auch für unser praktisches Handeln von großer Wichtigkeit sind, heute sehr verschiedenes gehört und es ist namentlich in den beiden ersten Referaten ein anscheinend beträchtlicher Gegensatz zutage getreten. Mir scheint nun dieser Gegensatz deshalb weniger groß zu sein, weil das Material der beiden Herren Referenten sehr verschieden zusammengesetzt ist. Während Herr *Kyrle* seinen Ausführungen die frühluetischen Veränderungen zugrundelegt, hat sich Herr *Nonne* auf die Spätlues bezogen, und darin scheint mir ein wesentlicher Unterschied zu liegen.

Wir wissen, daß Liquoranomalien, wenn wir von abortiv behandelten Fällen absehen, eine sehr häufige, wenn nicht regelmäßige Begleiterscheinung der Frühlues sind, daß sie einen Teil der Allgemeinerscheinungen bilden und in einer großen Zahl von Fällen auch spontan zurückgehen. Es ist sehr wohl möglich, daß ihr Rückgang ein günstiges Zeichen im Rahmen der Abheilung der Allgemeininfektion bildet und daher als therapeutisches Ziel erstrebenswert ist.

Was dagegen die Veränderungen der Spätlues ohne nachweisbare Affektion von Gehirn und Rückenmark betrifft, so ist über ihre prognostische Bedeutung für das Entstehen einer Metalues in den letzten Jahren schon manches skeptische Urteil gefällt worden (*Nonne*, *Plaut*, *Meyerbach*) und ich habe dann (Arch. f. Derm. Bd. 144, S. 117) auf Grund des vorliegenden, wenn auch noch ziemlich spärlichen Materials katamnestischer Nachuntersuchungen (liquornegativer Fälle von *Meyerbach*, liquorpositiver von *Fuchs*) mit aller Reserve den Schluß gezogen,

daß ein nicht geringer Prozentsatz von Fällen trotz negativem Liquor in der Spätlatenz später an Metalues erkrankt (daß den „primär liquornegativen" Fällen eine prinzipiell andere Bedeutung zukommt, mag demgegenüber zu Recht bestehen) und daß, wenn auch die Prozentzahl Liquorkranker, die später metaluetisch werden, anscheinend größer ist, die — schon von *F. Lesser* energisch bekämpfte — Auffassung, daß sich die Metalues schleichend aus der frühluetischen Meningitis entwickle, anscheinend nicht aufrecht erhalten werden kann.

Kürzlich hat sich auch *Pette* (aus der *Nonne*schen Klinik) dieser Auffassung angeschlossen und die Frage aufgeworfen, „wieviel der Reaktionen bei der Metalues etwa auf das Konto der die Parenchymerkrankung begleitenden, in der Intensität sehr wechselnden und möglicherweise primär gar nicht zu ihr gehörenden meningealen Affektion" komme. Ich habe diese Frage schon früher schärfer formuliert. Es geht nämlich wegen der Häufigkeit des Zusammenvorkommens nicht an, die Liquorveränderungen bei der Metalues als zufällige Komplikation anzusehen. Bestreitet man nun ihren kontinuierlichen Zusammenhang mit den frühluetischen Veränderungen, so muß man wohl annehmen, daß sie — anders als die letzteren — als Folge der metaluetischen Parenchymerkrankung entstehen. Dann begreift man auch, daß sie für die Prognose der isolierten Pupillenstörung von Bedeutung sind (*Dreyfus*) und daß, wie Sie auch heute gehört haben (*Dreyfus*, *Dattner*), geheilte oder gut remittierte Fälle von Metalues liquornegativ werden, während Fälle mit geringem therapeutischem Effekt liquorpositiv bleiben. Die durch die Untersuchungen von *Fuchs* wahrscheinlich gemachte Tatsache, daß Kranke mit Liquorveränderungen in der Spätlatenz häufiger an Metalues erkranken als Liquorgesunde, habe ich durch die Annahme zu erklären gesucht, daß in einem Teil dieser Fälle die Anomalien die Folge bereits vorhandener Parenchymveränderungen sind, die sich klinisch noch nicht nachweisen lassen.

Weichbrodt-Frankfurt a. M.: Die endolumbale Salvarsantherapie ist abzulehnen, die Theorien Gennerichs sind nicht haltbar; durch die Injektion kommt es zu Entzündungsvorgängen, diese kann man mit harmloseren Mitteln wie z. B. Lufteinblasungen, Seruminjektionen erreichen. Was die Beurteilung des Liquors betrifft, stimmt es schon, daß seine Reaktionen mit den klinischen Erfolgen nicht parallel zu gehen brauchen, aber die sehr guten Remissionen verlieren fast immer alle positiven Reaktionen. Wenn Herr *Weygandt* meint, daß ich zu niedrig die Folgen der Lues auf das Nervensystem einschätze, möchte ich betonen, daß nach meiner Ansicht es viel mehr Luiker gibt, als unsere Statistiken angeben.

Was die Malariatherapie betrifft, so sind in der Tat unsere Erfolge in Frankfurt bei weitem nicht so gut wie die der andern Redner. Auch uns scheint es, daß mit ihr mehr zu erreichen ist als mit andern Methoden, aber die guten Erfolge sind selten und sie sind auch hier und dort mit energischer Salvarsankur zu erreichen. Wir müssen auch wie die *Bonhoeffer*sche Klinik nicht darin schon eine sehr gute Remission sehen, wenn wir den Kranken seiner gewohnten Arbeit wiedergeben, wenn er wie der Esel täglich den gewohnten Gang zur Mühle macht. Damit ist wohl etwas erreicht, aber von einer sehr guten Remission sollten wir — natürlich bei

Berücksichtigung des Alters! — erst dann reden, wenn wir den Kranken auch mit anderen Aufgaben betrauen können, und derartige Remissionen sind doch selten. Mir persönlich scheint bei aller Anerkennung der großen Verdienste *Wagner von Jauregg's* die Paralysetherapie noch eine Frage der Forschung zu bleiben.

Phleps-Graz: Der intralumbalen Behandlung der Spätlues des *Z. N.* wird an der Grazer Universitätsnervenklinik seit mehr als einem Jahrzehnt sehr lebhaftes aktives Interesse entgegengebracht. Seit mehr als einem Jahre sehen wir in der vorsichtigen Durchführung von *Gennerichs* Doppelpunktion mit der Entnahme und Reinfusion größerer Liquormengen als früher einen ganz wesentlichen Fortschritt.

Von den Fällen vorwiegend spinaler Spätlues (Tabes, Querschnittsläsionen, Lues cerebrospinalis, Meningospätrecidiv nebst 5 Fällen von Tabo-P. p. im Frühstadium), welche seit einem Jahre an unserer Nervenabteilung nach *Gennerich* zur Behandlung kamen, gestatten 43 Fälle eine vorläufige Übersicht über das Behandlungsergebnis. 39 gleichartige Fälle sind zum Teile noch nicht so weit abgeschlossen, daß eine Schlußbetrachtung aufgestellt werden kann, zum Teil mußten sie aus einer statistischen Übersicht ausgeschieden werden, weil sie sich der Behandlung frühzeitig entzogen.

Die Behandlung zeitigte am Liquor in 15 Fällen (35%) in jeder Richtung vollkommen normale Befunde u. zw. wurden hierbei berücksichtigt: Druck, *Nonne-Apelt*, *Pandy*, Lymphoz., *Nissl*, Goldsol und W. R.,

Eine Beseitigung der wesentlichen Krankheitserscheinungen (Krisen, spastischen oder schlaffen Lähmungen, grobe Ataxie etc.), sodaß die Kranken beschwerdefrei wurden, trat in 25 Fällen (58%) ein. Eine wesentliche Besserung mit Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit war in 13 Fällen (30%) festzustellen.

Keine praktische Besserung konnte beobachtet werden in 5 Fällen (11,6%); darunter befinden sich 3 Fälle von Tabo-P. p., ein Fall vorgeschrittener Lu. cerebrospin. mit schwerer Atherosclerose sowie ein Fall von gänzlicher Taubheit bei beginnender Tabes dorsalis.

Bei drei Fällen von Frühtabes mit Zeichen aktiven Krankheitsverlaufes, wie häufigen Krisen oder lebhaften lanzinierenden Schmerzen, war der Liquor bei Beginn der Behandlung vollkommen normal. In zwei Fällen davon wurde er zum Schluß wieder normal. In einem 4. Falle verhältnismäßig ruhig verlaufender Tabes hatte die diagnostische Punktion zunächst gänzlich negativen Liquor ergeben und ich glaubte deshalb vorläufig von einer intralumbalen Behandlung abstehen zu sollen. Am Schlusse der Allgemeinbehandlung fand sich jedoch: Pandy positiv und 178 Lymph. Die nun eingesetzte intralumbale Therapie führte neben der Beseitigung der hauptsächlichen Krankheitserscheinungen über reaktive Liquorveränderungen schließlich zu einem vollkommen normalen Liquor.

Besonders augenfällig erwies sich die intralumbale Behandlung auch bei spinalen Querschnittsläsionen. Bei einem derselben war wieder der Liquor bei der ersten Aufnahme im Vorjahre vollkommen negativ und es wurde deshalb von einer intralumbalen Behandlung abgesehen. Die sehr energische Allgemeinbehandlung von über 6,0 g Neo. nebst Jod und Hg.

führte nur zu einer vorübergehenden Besserung. Im heurigen Frühjahre zeigte der Liquor bei gleich schlechtem Zustande der Kranken wie im Vorjahr nur Opaleszenz der *Nonne-Apelt*-Reaktion und eine path. Goldsolkurve. Die nun eingeleitete intralumbale neben der allgemeinen Behandlung brachte einen überraschend schönen Erfolg. Eine gleichartige Beobachtung konnte ich auch früher an einem andern Falle von Querschnittläsion machen. Auf Grund solcher Erfahrungen ist es berechtigt anzunehmen, daß der befriedigende Erfolg schon zu Beginn der Behandlung zu erreichen gewesen wäre, wenn die intralumbale Behandlung auch trotz des negativen Liquorbefundes gleich anfänglich eingeleitet worden wäre.

Der negative Liquorbefund soll also bei einer klinisch aktiven luetischen spinalen Erkrankung nicht Anlaß bieten, bei sonst geeigneten Individuen, eine intraspinale Behandlung als unnötig abzulehnen.

Wenn auch die Beobachtungsdauer in den vorliegenden Fällen nicht eine genügende ist, um ein endgiltiges Urteil über den Behandlungserfolg und den schließlichen Krankheitsverlauf zu gestatten, so spricht doch der Vergleich mit dem Erfolge bei Fällen, die nur eine Allgemeinbehandlung bekommen oder in den Vorjahren mit nur kleinen Liquormengen behandelt wurden, ganz eindeutig für die gegenwärtig in Anwendung stehende Methode. Und die Tatsache, daß wir auch aus früherer Zeit, der technisch unzureichenden intralumbalen Neosalvarsanbehandlung dauernd, d. h. über 6 und 8 Jahre reichende liquornegative und klinisch vollkommen ruhige Fälle haben, läßt es wohl mit Sicherheit erwarten, daß die endgiltigen Ergebnisse der jetzigen Methode noch besser sein werden.

Was die Frage der Schädigungsmöglichkeiten bei der Entnahme größerer Liquormengen und Wiedereinführung eines Teiles derselben mit Neos. betrifft, so habe ich die Beobachtung machen müssen, daß (mit Ausschluß hydrozephaler Verhältnisse) bei Männern im allgemeinen 80—90 ccm, bei Frauen 65—75 ccm die Höchstgrenze für die Erträglichkeit der Entnahme darstellt. Man kommt dabei oft trotz kühler Kopfumschläge etc. schon recht nahe ans Erbrechen. Was die Konzentration des Neos. betrifft, so muß ich empfehlen, für jene Portionen, welche spinal bleiben, zunächst bei *Gennerichs* vorsichtigem Vorschlage von 0,3 mgr auf 20 ccm zu bleiben, weil sonst recht langwierige chemische Schädigungen auftreten können. Bei sorgfältiger Beobachtung aller bekannten Vorsichtsmaßnahmen haben wir nie einen Dauerschaden von der intralumbalen Neos.-Behandlung gesehen. Von der Anwendung von Salvarsannatrium bin ich schon vor 7 Jahren abgekommen, da es anscheinend chemisch aggressiver ist und lange anhaltende Paraesthesien, Schmerzen und auch Blasen- und Mastdarmstörungen bewirken kann.

Auf Grund unserer Erfahrungen müssen wir derzeit in der intraspinalen Neosalvarsanbehandlung bei geeigneten Fällen von Spätlues des Z. N. insbes. des Rückenmarks die einzuschlagende Methode der Wahl sehen, da sie in einer Reihe von Fällen die besten Heilerfolge zeitigte. In keinem Falle mußte man die eingeleitete Behandlung beklagen, dagegen in manchem bedauern, daß man den Beginn derselben verzögert hatte. Der große Zeitaufwand und die verhältnismäßige Mühe werden durch den Erfolg reichlich gelohnt.

Binswanger-Jena: Überall, wo die Heilungsmöglichkeiten der Paralyse zur Diskussion stehen, muß auf die Pathogenese der Paralyse zurückgegangen werden. Das Wesen der paralytischen Krankheitsvorgänge ist in nekrobiotischen Prozessen gelegen, die sich in der früher von mir als nervöse Grundsubstanz bezeichneten, jetzt als das *Nissl*sche Grau bekannten feinsten Nervenendausbreitungen und ihren granulären Zwischenlagerungen — dem Neurosoma *Held*s abspielen. Dabei mag hier bei der Kürze der verfügbaren Zeit außer Betracht bleiben, durch welche Gewebsgifte — Spirochaeten — Toxine — diese nekrobiotischen Prozesse verursacht werden. Für jeden Fall beginnt diese Zerstörung funktionstragender Nervensubstanz viel früher, als wir durch unsere klinischen Untersuchungsmethoden die Paralyse auffinden können. Es folgert daraus, daß alle Behandlungsmethoden, die bei der klinisch sicher gestellten Paralyse zur Anwendung kommen, nur einen beschränkten Heilwert besitzen. Sie können, wie die heutigen Referate ja dartun, den Krankheitsverlauf aufhalten, zum Stillstand bringen und oft für jahrelang eine „Berufsfähigkeit" des Kranken herbeiführen. Wieweit aber die geistige Persönlichkeit in ihren feinsten Verrichtungen schon Schaden gelitten hat, ist noch nirgends durch genauere psychologische Untersuchungen an den „wiederhergestellten" Paralytikern geprüft worden. Es muß uns doch die Parallele mit den somatischen Ausfallserscheinungen stutzig machen: bei Patienten, die mit dem *Gennerich*schen Verfahren wieder berufsfähig gemacht wurden, habe ich diese körperlichen Zeichen unverändert gefunden.

Wir erreichen also ein immerhin dankenswertes Ziel, den Stillstand der Krankheit für kürzere und längere Zeit, aber keine Heilung. Ich habe wohl zur gleichen Zeit mit Herrn Kollegen *Wagner* Versuche gemacht, Paralytiker mit Bakterientoxinen (Typhus, Bakterium koli) zu behandeln. Die damit verknüpften Gefahren veranlaßten *Hitzig* mich vor dem Zuchthaus zu warnen und ging ich deshalb zu der *Wagner*schen Tuberkulinbehandlung über.

Auch ich habe die Überzeugung gewonnen, daß die Malariabehandlung einen außerordentlichen Fortschritt bedeutet. Für die Lues cerebrospinalis s. str. stimme ich den *Nonne*schen Ausführungen vollständig bei, die dartun, daß auch ohne forcierte Behandlungsmethoden Heilungen oder wenigstens Stillstände bis zur Berufsfähigkeit erzielt werden und daß unter Umständen zu oft wiederholte Liquoruntersuchungen schwere Hypochondrie erzeugen.

Dattner-Wien: Für die Bedeutung der Liquorbefunde im Zusammenhang mit dem klinischen Bild sprechen folgende Umstände: erstens zeigen die seit Jahren in voller Remission befindlichen Paralysen in überwiegender Zahl negative Befunde, zweitens fand Ref. bei den progredienten und ad exitum gekommenen Fällen mit ganz vereinzelten Ausnahmen hochpositive Befunde. —

Serienuntersuchungen haben gezeigt, daß der Salvarsan-Nachbehandlung große Bedeutung zukommt.

Die Malariatherapie fügt zu einer bestehenden Krankheit eine zweite hinzu. Daher muß der Leistungsfähigkeit des kranken Organismus besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Jede Schablone ist

eine große Gefahr. Nur klinische Abschätzung ist das Maß der Behandlungsdauer. Lieber weniger als zuviele Anfälle. Dann braucht man auch bei Vitien keine zu große Ängstlichkeit an den Tag zu legen. Aorteninsuffizienz ist keine unbedingte Kontraindikation.

G. L. Dreyfus-Frankfurt a. M.: Ich kann Herrn *Nonne* nicht beipflichten in der Anschauung, daß die Liquorverhältnisse doch eigentlich letzten Endes nicht sehr viel in der Pathologie der Neurolues zu bedeuten hätten. Nach meiner Anschauung muß man streng unterscheiden zwischen primär positivem resp. negativem und sekundär positivem resp. negativem Liquor. Ich bezeichne einen Liquor als primär verändert oder nicht verändert, wenn mindestens seit 5 Jahren keine antiluetische Behandlung stattgefunden hat, sekundäre Liquors sind solche, welche unmittelbar oder Monate oder längstens 3—4 Jahre nach einer Behandlung verändert oder normal befunden werden.

Primär normale Liquors in der Latenzzeit (5 Jahre post infectionem beginnend) bei normalem Nervenbefund sind gleichbedeutend mit weiterem Verschontbleiben von Neurolues, das Gleiche fand ich bei solchen Liquors, wenn sich isolierte Pupillensymptome fanden. Ich habe meine diesbezüglichen Anschauungen in einer Monographie (Isolierte Pupillenstörung und Liquor cerebrospinalis, G. Fischer, Jena 1921) niedergelegt. Über Tabes und primär negativen Liquor habe ich mich in meinem gestrigen Vortrag (spezifische und unspezifische Tabesbehandlung) geäußert.

Primär positive Liquors (ca. 5 Jahre nach der Infektion) sind mit oder ohne Nervensymptome eine große Gefahr für den Träger. Die große Mehrzahl erkrankt früher oder später doch noch an Neurolues. Sehr viel komplizierter liegen die Verhältnisse für den Liquorbefund nach einer Behandlung (sekundärer L.). Vor allem kann er — auch nach Monaten — noch rezidivieren, wenn er normalisiert wurde, umgekehrt kann er, auch wenn er pathologisch befunden wurde, nach Monaten und Jahren ohne Behandlung normal werden. Beides ist nicht so sehr selten.

Wenn Herr *Nonne* meinen Behandlungsmethoden bei Tabes mit spezifischen Mitteln (Salvarsan, Jod intravenös, Wismut) und unspezifischen Mitteln (Eiweißpräparate, Fieber usw.) skeptisch gegenübersteht und daran erinnert, daß auch häufig die Tabes remittiere, stationär werde oder rudimentär bleibe, so möchte ich nur darauf hinweisen, daß bei ca. 75% Besserungen, die ich erzielte bei ca. 500 Tabikern, die z. T. 10—12 Jahre in Beobachtung stehen, (davon 50% weitgehende Besserungen), hiervon meiner Ansicht nach keine Rede sein kann, sondern daß hier die Behandlung wirklich etwas geleistet hat, um so mehr als es sich fast durchweg um schwere Fälle handelte. Im übrigen möchte ich auf mein ausführliches Referat im Kongreßbericht (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde) der diesjährigen Tagung und meine im Jahre 1925 erscheinende Monographie verweisen.

F. Georgi-Breslau: Ein gewisser Skeptizismus gegenüber den Liquorreaktionen, zumindest eine besondere Vorsicht bei ihrer Wertung, wie sie *Nonne* empfiehlt, muß heute leider auch vom Standpunkt des Serologen aus als noch durchaus gerechtfertigt erscheinen. Wir wissen ja noch immer nicht, was eine positive *Wassermann*sche Reaktion letzten Endes ausdrückt, ob sie den Nachweis eines Krankheitssymptoms dar-

stellt oder ob es sich lediglich um den Nachweis irgendwelcher, wenn auch sekundär bedingter Antikörper handelt. Es scheint aber insbesondere nicht angängig, während der Malariatherapie auf den Ausfall der *Wassermann*schen Reaktion allzu großes Gewicht zu legen, da ja bekanntlich bei Infektionskrankheiten und damit insbesondere auch bei der Malaria- und Rekurrenzbehandlung unspezifische Reaktionen resultieren können. Die Therapie vom Ausfall der Liquorreaktion, wie das *Kyrle* zu empfehlen scheint, in weitem Maße abhängig sein zu lassen, erscheint jedenfalls zumindest während der Malariatherapie unstatthaft. Man wird sich erst aus dem allgemein biologischen Verhalten des Blutes (z. B. Rückkehr einer Infektionslabilisierung des Plasmas zur Norm) davon überzeugen müssen, ob die unspezifischen humoralpathologischen Veränderungen wieder behoben sind. — Die Liquordiagnostik kann nach unseren heutigen Kenntnissen bei unseren therapeutischen Maßnahmen zwar ein wichtiger Indikator sein, sie muß sich aber vorläufig noch klinischen Gesichtspunkten unterordnen, die allein ein therapeutisches Vorgehen rechtfertigen können.

Nonne-Hamburg betont zum Schluß, daß er die Untersuchung des Liquors für unentbehrlich hält, daß er aber vor der Überschätzung warnt, insbes. vor der prognostischen Verwertung. Die Kombination der Infektionsbehandlung mit spezifischen Mitteln bei der sekundären Syphilis gibt hoffentlich eine größere Sicherheit der Erfolge der abortiven Behandlung. (Autorreferate.)

(Über einige Diskussionsbemerkungen wird im weiteren Bericht über die Insbrucker Versammlung referiert werden.) *Ilberg.*

Kleinere Mitteilungen.

Der erzwungenen Abtretung eines großen Teiles Oberschlesiens an Polen fiel auch die in der Stadt und im Gutsbezirk Lublinitz gelegene Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zum Opfer. Am 23. Juni 1922 erfolgte die Übergabe.

Im Jahre 1893 eröffnet und anfänglich nur für eine kleine Zahl von Schwachsinnigen und Idioten zur Aufnahme bestimmt, war die Anstalt durch Hinzunahme der Gebäude der benachbarten Provinzial-Erziehungsanstalt, deren Insassen nach Wohlau und Grottkau verlegt wurden, durch Zukauf des Rittergutes Schloß Lublinitz mit 1000 Morgen landwirtschaftlich nutzbarer Fläche im Jahre 1902 und Errichtung einer größeren Zahl neuer Kranken- und Wirtschaftsgebäude so erweitert worden, daß sie gegen 1100 Kranke aufnehmen konnte. Diese Zahl wurde, wie sich aus einem zusammenfassenden gedruckten Jahresbericht ergibt, kurz vor Ausbruch des Krieges fast erreicht, ein Bericht zum 25jährigen Bestehen der Anstalt konnte in dem Kriegsjahre 1918 nicht erscheinen, und das 30jährige zu feiern war der Anstalt nicht mehr vergönnt. Über all das, was zurückliegt und was die hart an der Grenze gelegene Anstalt in der Kriegszeit durchgemacht und in der Krankenpflege in den großen Lazarettabteilungen geleistet hat, soll hier nicht weiter gesprochen werden, nur aus der Zeit der Besetzung durch die polnischen Insurgenten, unter denen Stadt und Anstalt sehr zu leiden hatten, möge hier aus damaligen genauen und ausführlichen Aufzeichnungen einzelnes mitgeteilt werden.

Am 9. April 1921 verließ die englische Besatzung, die zur Zeit der Abstimmung nach Lublinitz gekommen war, plötzlich, angeblich wegen Streikgefahr im Hüttenbezirk, die Stadt. Bald darauf trafen aus der Umgegend eine Menge Flüchtlinge ein, die Unterkunft in den zum Teil leeren Anstaltsgebäuden fanden. Unter diesen Flüchtlingen befanden sich, wie sich später herausstellte, verschiedene polnische Spione. Am 3. März begannen die polnischen Unruhen in der Nähe der Stadt, die Zahl der Flüchtlinge stieg immer mehr; die Stadt war, nachdem auch die französische Besatzung abgerückt war, von polnischen Banden umgeben, Telephon- und Bahnverkehr hörten auf, die Nachbarstädte Rosenberg und Guttentag fielen in polnische Hände, und bald darauf, am 8. Mai, wurden Stadt und Anstalt Lublinitz von polnischen Horden besetzt, obwohl der englische Kontrolleur sein Ehrenwort gegeben hatte, es werde kein Pole in die Stadt einrücken. Bald begannen nun zahlreiche Verhaftungen, man mißhandelte die Gefangenen mit Gummiknüppeln, sperrte sie in nassen Kellern ein, suchte Lösegeld von ihnen zu erpressen und verschleppte sie über die Grenze.

Nun begann infolge festgesetzter Schikanen und Durchsuchungen nach angeblich versteckten Waffen für die Anstalt eine schwere Zeit. Bei der Arbeit auf den Anstaltsfeldern wurden Kranke von den Aufständischen befreit und bewaffnet, die Insurgenten drangen mit geladenen Gewehren in die Krankenzimmer, schossen auf Pfleger, sperrten den Anstaltsverkehr, nahmen den Oberpfleger fest, befreiten und bewaffneten verbrecherische Kranke und stellten dieselben, trotz wiederholten Einspruchs der Direktion, in ihre Reihen ein. Es mußten Wagen und Pferde gestellt werden, die dann zum Teil verschleppt wurden, die Kranken konnten nicht mehr zur Arbeit gehen, da sie beschossen wurden, auch das Vieh konnte nicht mehr auf die Weide, da die Polen diese für ihr Schlachtvieh in Anspruch nahmen.

Man revidierte die Anstaltskasse und verlangte das Aufziehen polnischer Fahnen auf den Anstaltsgebäuden; Kranke und Verwundete wurden in die Anstalt gebracht und ein polnisches Lazarett errichtet. Eine Sicherung oder Absperrung gegen den polnischen Verkehr war in der Anstalt nicht durchzuführen, überall trieben sich Aufständische, darunter vielfach alte Zuchthäusler und Geisteskranke, in den Anstaltsgärten und um die Gebäude herum, raubten und plünderten, verhöhnten und lachten die Geisteskranken aus, fühlten sich durch deren Reden beleidigt und verlangten Bestrafung. Leider harmonierten eine Anzahl der jüngeren Pflegerinnen mit den Polen, das andere Personal, mit Ausnahme einiger Pfleger, hielt treu zur deutschen Sache und verrichtete den Dienst bis zur Übergabe. Der Direktor mußte sehr oft vor dem Kreiskontrolleur erscheinen und sich verteidigen, da er, nach Angabe polnischer Denunzianten, Anstaltseigentum heimlich fortgeschafft hatte, einmal wurde er bei einer Anstaltsfeier verhaftet, da er ein deutsches Lied hatte singen lassen; auch der Anstaltskontrolleur wurde festgenommen und mußte, zusammen mit 80 ebenfalls verhafteten Bürgern, den ganzen Tag im Walde Holz hacken. Auf Einspruch der Direktion wurde er am nächsten Tage freigegeben, mußte sich aber wochenlang alle Morgen in der Kaserne melden. Pfleger und Heizer der Anstalt wurden sehr oft bedroht und eine Pflegerin derart bedroht und geängstigt, daß sie sich wochenlang versteckt halten mußte. Das Schießen und Lärmen in der Anstalt bei Tag und Nacht, die fortwährenden Durchsuchungen nach Waffen, nach Spiritus, das Ausplündern der Kammern, die vielen Flüchtlinge, die Schutz suchten und sich in der Anstalt zu verstecken suchten, die Plünderungen und Unruhen in der Stadt, das Abgeschnittensein von allem Postverkehr durch fast zwei Monate — unvergeßlich bleibt es in der Erinnerung aller derjenigen, die diese schwere Zeit durchgemacht haben, und alles atmete auf, als endlich am 2. Juli 1921 die Polen abrückten und am Tag darauf eine Kompagnie Engländer einzog.

Auch die nun folgende Besatzungszeit durch die Engländer war für Stadt und Anstalt lästig und unangenehm, denn Offiziere und Mannschaften benahmen sich brutal und rücksichtslos. Sie fanden an dem englischen Kreiskontrolleur, der es weiter mit den Polen hielt, eine besondere Stütze, und die Anstalt wurde fortgesetzt durch Einquartierungs- und andere Lasten in Aufregung gehalten. Noch lebte man damals der Hoffnung auf einen günstigen Ausgang der Genfer Verhandlungen, und auch

unsere deutschen Behörden glaubten sicher, Lublinitz würde deutsch bleiben. Die Hoffnung erwies sich als trügerisch, Lublinitz wurde den Polen zugesprochen, der polnische Anstaltsdirektor fand sich ein, und etwa ein Jahr nach dem Polenaufstand, am 23. Juni 1922, wurde die Anstalt den Polen übergeben.

Es war ein besonderes Verhängnis, daß von den oberschlesischen Provinzial-Irrenanstalten gerade die beiden größten und am besten eingerichteten Anstalten Lublinitz und Rybnik an Polen ausgeliefert werden mußten. Dabei fehlt es in Polen, wo 27 000 Geisteskranke ohne Anstaltspflege sind, an Ärzten, Beamten und namentlich auch an geschultem Pflegepersonal. Es wird also den Polen nicht möglich sein, das, was deutsche Hände und deutscher Fleiß geschaffen haben, aufrecht zu erhalten.

Dr. *Klinke*, Freiburg i. Schles.

Deutscher Verein für Psychiatrie.

Kassenabschluß für die Zeit vom 1. April bis 16. September 1924.

Einnahmen:

Erlös aus dem Verkauf von 3 150 000 österreichischen Kronen	200,— GM.
Beiträge für 1924 von 117 Mitgliedern je 4 GM.	468,— GM.
zusammen	668,— GM.
Ab Ausgaben für Portis, Druckkosten usw.	103,40 GM.
Bestand	564,60 GM.

Treptow a. Rega, den 16. September 1924.

Der Schatzmeister. Dr. *Mercklin*.

Über die Heinrich-Lähr-Stiftung ist aus dem verflossenen Jahre nur zu berichten, daß die Markentwertung auch ihren Besitz (s. diese Zeitschr. Bd. 79, S. 498) verschlungen hat. Ob ein Teil davon infolge Aufwertung wieder auftauchen wird, steht dahin; jedenfalls ist vorläufig mit der Stiftung nicht zu rechnen. —

Die Herren Kollegen werden gebeten, Bücher und Sonderabzüge, die im Literaturbericht der Allg. Zeitschrift besprochen werden sollen, an Medizinalrat Dr. *Müller*-Dösen b. Leipzig zu senden. —

Ärzte, welche nervöse Kinder zu heilpädagogischen Zwecken in ihre Familien aufzunehmen gewillt sind, wollen dies Herrn Dr. *Carl Pototzky* (Organisationsamt des Kaiserin-Augusta-Viktoria-Hauses in Berlin-Charlottenburg, Mollwitz-Frankstraße) mitteilen.

Professor *Rüdin*, Leiter der genealogischen Abteilung der deutschen Forschungsanstalt in München, ist mit der klinischen und erbbiologischen Forschung von Zwillingspsychosen beschäftigt und benötigt Personalakten und Krankengeschichten von Zwillingen, sowohl von solchen, wo beide krank sind als auch von Einzelerkrankten. Er bittet, ihm derartige Fälle mitzuteilen und wenn möglich Adressen von Personen zu nennen, die über noch offene Fragen des betr. Falles Auskunft geben können.

Personalnachrichten.

Gestorben sind:

Sanitätsrat Dr. *Otto Elias*, Tannenberg i. Erzgebirge und
Sanitätsrat Dr. *Hahn*, Breslau.

In Wartegeld bzw. in den Ruhestand traten:

Sanitätsrat Dr. *Albrand*, Sachsenberg; Oberarzt Dr. *Coulon*, Weilmünster; Medizinalrat Dr. *Kellner*, Hubertusburg; Obermedizinalrat Dr. *Matusch*, Schwerin; Oberarzt Dr. *Obermüller*, Weissenau; Sanitätsrat Dr. *Resch*, Eichberg i. Rhg.; Oberregierungs-Medizinalrat Dr. *Roßbach*, Hubertusburg; Oberarzt Dr. *Schiese* in Herborn unter Versetzung als ärztlicher Leiter an das Volkssanatorium Weilmünster.

Den Anstaltsdienst verließen ferner:

Dr. *Korn*, Zwiefalten; Dr. *Detsch*, Weinsberg; Dr. *Magenau*, Weinsberg; letzterer wurde zum Oberamtsarzt in Crailsheim ernannt.

Ernannt wurden:

Medizinalrat Dr. *Dost* in Zschadraß zum Direktor von Hubertusburg,
Oberarzt Dr. *Fischer* zum Direktor von Sachsenberg,
Dr. *Grütter* zum Direktor von Langenhagen (Hannover),
Dr. *Schmidt* in Sachsenberg zum Oberarzt,
Dr. *Vollheim* zum 1. Oberarzt und Vertreter des Direktors in Treptow a. R.,
Dr. *Wendt* in Waldheim zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Hochweitzschen.

Versetzt wurden:

Oberarzt Dr. *Dietrich* von Düsseldorf-Grafenberg nach Andernach,
Anstaltsarzt Dr. *Fahrenbruch* von Wuhlgarten nach Buch,
Anstaltsarzt Dr. *Fehr* von Winnental nach Weinsberg,
Oberarzt Dr. *Geller* von Düsseldorf-Grafenberg nach Bonn,
Medizinalrat Dr. *Geist* von Hochweitzschen nach Untergöltzsch,
Anstaltsarzt Dr. *Kersten* vom Kinderheim Lewenberg nach Sachsenberg,
Direktor Dr. *Viedenz* von Zehlendorf nach Landesanst. Görden (Brandenbg.),
Oberarzt Dr. *Weinbrenner* von Waldbröl und
Oberarzt Dr. *Weingärtner* von Bedburg-Hau nach Düsseldorf-Grafenberg,
Anstaltsarzt Dr. *Weskott* von Schussenried nach Weissenau,
Assistenzarzt Dr. *Wildermuth* von Weissenau nach Weinsberg.

Zum außerordentlichen Professor wurden ernannt:

Privatdozent für Psychiatrie und Neuropathologie Dr. *de Crines* an der Universität Graz und
Privatdozent für Neurol. u. Psychiatrie Dr. *Martin Pappenheimer* in Wien.
Professor Dr. *Schröder*-Greifswald hat den Ruf als Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Leipzig angenommen.
Dr. *Eugen Kahn*-München habilitierte sich mit einem Vortrag über Melancholie in München.
Professor Dr. *Bostroem* erwarb die venia legendi für München mit einem Vortrag über krankhafte Persönlichkeitsveränderungen.

Kleinere Mitteilungen.

Heilanstalt Lublinitz 159
Deutscher Verein für Psychiatrie. Kassenabschluß 161
Heinrich Laehr-Stiftung 161
Literaturbericht der Allgemeinen Zeitschrift 161
Aufnahme nervöser Kinder in Arztfamilien 161
Mitteilung der genealogischen Abteilung der deutschen Forschungsanstalt in München (Professor *Rüdin*) 161
Personalnachrichten 162

Aus Sammlung Göschen

Jeder Band Goldmark 1.25

Forensische Psychiatrie, von W. WEYGANDT. 2 Bände. Nr. 410, 411.

Psychologie von TH. ERISMANN. 3 Bände. Nr. 831, 832, 833.

Angewandte Psychologie von TH. ERISMANN. Nr. 774.

Psychologie der Berufsarbeit (Psychotechnik) von TH. ERISMANN und M. MOERS. 2 Bände. Nr. 851, 852.

WALTER DE GRUYTER & CO.

vormals J. G. Göschen'sche Verlagshandlung · J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung · Georg Reimer · Karl J. Trübner · Veit & Co.

Berlin W. 10 und Leipzig

Klinisches Wörterbuch

Die Kunstausdrücke der Medizin

erläutert von

Dr. med. Otto Dornblüth

Sanitätsrat, Wiesbaden

Elfte, wesentlich vermehrte Auflage

Oktav. VI, 458 Seiten. 1922. Gold-M. (nur geb.) 6.—

Kleines Wörterbuch der Biochemie und Pharmakologie

von

Prof. Carl Oppenheimer

Dr. phil. et med., München

Oktav. VI, 228 Seiten. 1920. Gold-M. (nur geb.) 5.—

Etymologisches Wörterbuch der Naturwissenschaften und Medizin

Sprachliche Erklärung der wichtigsten Ausdrücke und Namen der Anatomie, Astronomie, Biologie, Botanik, Chemie, Geographie, Geologie, Medizin, Mineralogie, Naturphilosophie, Paläontologie, Physik, Psychologie und Zoologie

von

Dr. C. W. Schmidt

Oktav. VII, 138 Seiten. 1923. Gold-M. (nur geb.) 3,20

Jedes Wörterbuch umfaßt viele tausend Stichworte und ermöglicht eine rasche und sichere Orientierung auf dem betreffenden Wissensgebiete. Die Namen der Bearbeiter bürgen für strengste Zuverlässigkeit

WALTER DE GRUYTER & CO.

vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung · J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung · Georg Reimer · Karl J. Trübner · Veit & Comp.

BERLIN W 10 UND LEIPZIG

FEB 4 1925

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-Wiesloch, **KLEIST**-Frankfurt a. M., **LAEHR**-Wernigerode, **MERCKLIN**-Treptow a. R., **PERETTI**-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

EINUNDACHTZIGSTER BAND

DRITTES, VIETRES UND FÜNFTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 23. DEZEMBER 1924

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1924

Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

3./5. Heft.

Originalien.

Die erste rheinische Irrenheilanstalt Siegburg. Eine geschichtliche Studie, unter Benutzung amtlicher Quellen zur 100 jährigen Wiederkehr ihres Eröffnungstages 1. Januar 1825. Von *Johannes Herting* 163
Bericht über die Irrenanstalt Ebersbach aus dem Jahre 1828 an die K. französische Gesandtschaft. Auf Grundlage von Aktenstudien zusammengestellt von Dr. *Wachsmuth*..... 242
Bild eines Tollhauses im 18. Jahrhundert. (Aus J. B. Basedows Kupfersammlung.) Von *Georg Ilberg*..... 256
Die Kinder eklamptischer Mütter, ein Beitrag zur Lehre vom Geburtstrauma. Von *J. L. Entres* (Eglfing)..... 258
Die Krankenpflegerschulen an den bayrischen Heil- und Pflegeanstalten. Von Dr. *C. v. Hösslin*..... 278
Die Schwesterneinrichtung des Freistaates Sachsen. Von *Joh. Naumann* 306
Die ärztliche Ausbildung der Schwestern im staatlichen Schwesternhause Arnsdorf i. S. Von Dr. *Sagel*-Arnsdorf..... 320
Die Pflegeeinrichtung des Freistaates Sachsen. Von *Paul Naumann*... 326

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

99. ordentliche Hauptversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 28. Juni 1924 in Bonn..... 337

Fortsetzung auf 3. Umschlagseite

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und gerichtliche Medizin" kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Jedes Jahr erscheinen zwei Bände zu je 8 Heften; die Abnahme des ersten Heftes verpflichtet zur Abnahme des ganzen Bandes. Preis für den Band im Umfang von etwa 40 Bogen ca. M. 25.—.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimen Medizinalrat Dr. Ilberg in Sonnenstein bei Pirna (Sa.),

Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Medizinalrat Dr. Helmut Müller in Leipzig-Dösen, Post Probstheida, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen ebenfalls 25 Sonderdrucke kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Sel[illegible] berechnet.

Die erste rheinische Irrenheilanstalt Siegburg.

Eine geschichtliche Studie, unter Benutzung amtlicher Quellen zur 100jährigen Wiederkehr ihres Eröffnungstages 1. Januar 1825.

Von

Sanitätsrat Dr. **Johannes Herting,**

Direktor der ehem. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen.

Inhalt.

Vorgeschichte, bis zur endgültigen Wahl Siegburgs 163
Bauliches 173
Eröffnung der Anstalt 181
Die Kranken (Behandlung, Beschäftigung, Unterhaltung, Seelsorge) 182
Verwaltung und weitere Entwicklung 189
Schwere Konflikte 196
Siegburg von 1844 bis zu *Jacobis* Tod (1858) 205
Siegburg von *Jacobis* Tod bis zu *Hoffmanns* Tod 209
Reform des rheinischen Irrenwesens 214
Die letzten Jahre Siegburgs 220
Die Ärzte und die wissenschaftliche Bedeutung Siegburgs 224
Das Warte- und Dienstpersonal 229
Wohlfahrtsbestrebungen in Siegburg 231
Die Ärzte und Beamten der Anstalt 233
Quellen 238

Vorgeschichte, bis zur endgültigen Wahl Siegburgs[1].

Als erste Nachricht von Interesse der Staatsregierung an der Versorgung der Irren in den westlichen Provinzen Preußens zu Beginn des 19. Jahrhunderts sind Berichte anzusehen, welche der Westfälische Oberpräsident von Vincke im Mai 1809 dem Minister über das zu einer Irrenanstalt bestimmte Kloster Marienfelde erstattete, die indessen nicht mehr vorhanden sind. Das nächste ist dann ein Bericht des Oberpräsidenten der Provinz Jülich-Cleve-Berg Graf Solms-Laubach vom 2. April 1817 an den Minister, in welchem er schrieb: „Zu den vernachlässigsten Zweigen der allgemeinen Polizei in den Rheinprovinzen ge-

hörte von jeher die Sorge für Aufbewahrung und Heilung der Irren. Waren diese Unglücklichen vermögend, so überließ man sie der Willkür unbarmherziger Verwandter, waren sie arm und der öffentlichen Sicherheit gefährlich, so warf man sie mit gemeinen Verbrechern zusammen in Gefängnisse oder sperrte sie mit Fallsüchtigen und anderen unheilbar körperlich Kranken in dieselben Behältnisse. An Heilungsversuche wurde gar nicht gedacht." — Später ergänzte er diesen Bericht durch Einzelheiten dahin, „daß bei dem Bürgerspital in Cöln im Jahre 1804, von den übrigen Gebäulichkeiten durch einen Hof getrennt, zu ebener Erde 14 enge, wenig erleuchtete, mit hölzernen Gittern versehene Behälter (Logen) von der städtischen Wohltätigkeitsverwaltung neu aufgeführt waren. Obgleich gegen Süden und Osten gelegen und im Winter durch in einem gemeinschaftlichen Gange stehenden Ofen geheizt, sind sie doch immer naßkalt, wozu die fehlerhafte Anlage der Abtritte mit beitragen mag. Da die Logen alle nebeneinander liegen, so stören sich die Irren durch ihr Toben, auch geben die scharfen Ecken der Gitter und der inneren Wände ihnen oft Anlaß zu bedeutenden Verletzungen. Zum Lager erhalten sie Stroh. Einen scheußlichen Anblick gewähren diese ganz nackten oder mit einer von ihnen zerrissenen wollenen Decke notdürftig eingehüllten Menschen, welche sich in den Anfällen von Wut oft blutig gestoßen haben oder sich in ihrem Kot wälzen. — Die ruhigen Irren dagegen konversieren, speisen und schlafen zusammen mit den übrigen im Hause wohnenden Preßhaften ihres Geschlechts; 40 Irre befanden sich z. Z. im Spital. — In Wesel waren in einem Nebenflügel der St. Spiritus-Armenstiftung oder des sog. hohen Hauses ungefähr 10 kleine hölzerne Gemächer oder Kasten angebracht, in welche vorkommendenfalls gefährliche Wahnsinnige eingesperrt und mit Nahrung versehen wurden, indeß die ruhigen frei im Hause umhergehen. — Die Irrenversorgung zu Neuß ist ein Privatinstitut der Alexianer, eines für die Krankenflege bestimmten Ordens, welcher gegenwärtig nur noch rohe Menschen aus der niedrigsten Volksklasse zu Mitgliedern zählt. — Zur Unterbringung der 300 Irren, welche im Bezirk ganz oder teilweise dem Staate zur Last fallen, sind zwei getrennte Gebäude nötig, das eine für die 130 Heilbaren, das andere für die 170 Unheilbaren. Es möchte am zweckmäßigsten sein, das erstere da vorzugsweise auszuwählen, wo die Landesuniversität ihren Sitz erhält, damit die Anstalt zugleich zum Unterricht junger Ärzte in der Behandlung der Geisteskranken, welche im allgemeinen so sehr vernachlässigt wird, dienen kann. — Sollte die Universität nach Köln kommen, so wird für die Heilbaren das ehemalige Mauritiuskloster,

z. Z. im Privatbesitz, vorgeschlagen, für die Unheilbaren das Kloster Frauweiler, z. Z. kgl. Domäne. — Eine Heilanstalt darf an sich nicht zu groß sein, damit nicht die Aufmerksamkeit zu sehr von den Individuen abgegogen werde. — Die Unheilbaren sind aber meistens unflätig und haben z. T. einen höchst ekelhaften Geruch, welcher die öftere Erneuerung der Luft und die größte Reinlichkeit notwendig macht.“ —

Ebenso berichtete 3. IV. 1817 der Oberpräsident der Provinz Niederrhein in Koblenz, von Ingersleben, daß die Etablierung eines Irrenhauses als Heilanstalt ein sehr lebhaft gefühltes Bedürfnis sei; vorgeschlagen wurden die Klöster Laach und Marienfelde (bei Rumeln Kr. Moers) indessen sei Laach wahrscheinlich für alle 3 Provinzen nicht groß genug.

Nun veranlaßte der Minister den westfälischen Oberpräsidenten, ihm über eine gemeinschaftliche Irrenanstalt für Heilbare und Unheilbare aller drei Provinzen zu berichten (11. 4. 1817) und dieser schrieb, daß Marienfelde als gemeinsame Anstalt zu klein sei und sich höchstens als Pflegeanstalt eigne; es werde für jede Provinz eine Heilanstalt notwendig werden und in Westfalen sei Marsberg bereits vorhanden (19. 4. 1817), überdies sei Marienfelde inzwischen ganz verfallen und daher jetzt ganz ungeeignet (3. 6. 1817).

Dann berief der Minister auf den 23. Oktober 1817 eine Konferenz der Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten der drei westlichen Provinzen nach Godesberg, auf welcher ganz allgemein über die Bildung von Anstalten zur Aufnahme unheilbarer Kranker, besonders verstümmelter Personen und unheilbarer Wahnsinniger beraten werden sollte. Man kam dahin überein, daß wegen der sehr hohen Kosten zunächst nur auf Unterbringung der Irren Bedacht genommen werden könne, daß eine Heilanstalt einzurichten, und daß mit ihr eine Anstalt zur Aufbewahrung Unheilbarer zu verbinden sei. Man schlug die Schlösser Bensberg und Brühl und die Abtei Vilich vor, denn alle drei befänden sich in der Nähe der für die Universität in Aussicht genommenen Städte Bonn und Köln, und wählte eine Kommission zur Besichtigung und Ausarbeitung weiterer Pläne. Den Anfang müsse man mit einer Heilanstalt für Irre machen, und der Versorgung der Unheilbaren erst später nähertreten.

Bei den Kommissionsberatungen schied die Abtei Vilich aus, weil sie zu klein und baufällig war, und die Kommission gab dem Schloß Brühl nach Bauart, herrlicher Umgebung und nach seiner Lage in der Nähe der zukünftigen Universität den Vorzug vor Bensberg.

Der mit den Vorarbeiten betraute Oberpräsident Graf Solms brachte daher als Ergebnis der Kommissionsbesichtigungen beim Minister als gemeinschaftliche Heilanstalt aller drei Provinzen das Schloß Brühl, und als Aufbewahrungsanstalt für Westfalen Marsberg, für Jülich-Cleve-Berg das Kloster Frauweiler Kr. Bergheim in Vorschlag; für die Provinz Niederrhein stand ein Vorschlag des Oberpräsidenten noch aus. (11. VII. 1818).

Doch es kam anders. Der Staatskanzler Hardenberg besuchte nämlich im Winter 1818 das Schloß Brühl und bezeichnete es als nicht geeignet; die baulichen Einrichtungen allein würden mehr Ausgaben verursachen als der Bau eines ganz neuen Gebäudes, aber auch sonst sei es wenig zweckentsprechend, „weil die Lokalität zu widerstrebend sei". Ausschlaggebend wird aber wahrscheinlich eine Anregung des Ministers von Altenstein gewesen sein, Brühl als königliches Schloß zu erhalten. Hardenberg schlug einen völligen Neubau vor und empfahl Beratung mit dem Oberregierungsrat Koreff, der mit Plänen zur Reorganisation der Irrenanstalten der ganzen Monarchie beauftragt sei. Es scheint diese Beratung nicht stattgefunden, wohl aber die ganze Angelegenheit längere Zeit geruht zu haben.

Inzwischen muß der seit 1816 als Regierungs- und Medizinalrat in Düsseldorf tätige *Maximilian Jacobi*[2] an der Irrensache der Rheinprovinzen ein besonderes Interesse gewonnen haben, sei es aus innerem Antrieb oder auf Anregung anderer; letzteres ist weniger wahrscheinlich. Jedenfalls unternahm *Jacobi*, und zwar ohne behördliche Anweisung im Herbst 1820 eine Studienreise durch eine Anzahl deutscher Irrenanstalten und kam am Schlussse derselben nach Berlin, wo er Ende Oktober vom Minister von Altenstein zu Beratungen über die Anlegung von Irrenanstalten zugezogen wurde und diesen bereits um Übertragung der Leitung der neu zu errichtenden rheinischen Irrenanstalt bat. Unterm 19. November 1820 reichte *Jacobi* dem Minister einen Bericht über seine Anstaltsreise sin, und dieser antwortete ihm: daß der Bericht nach dem Urteil eines in jeder Beziehung ganz kompetenten Richters in dieser Sache, des Geh. Ober-Med.-Rates Langermann, von *Jacobi*s richtiger Kenntnis der Hauptgrundsätze der Irrenbehandlung zeuge; er (der Minister) habe darin manche schöne, Menschen- und Sachkenntnis bekundende B merkung gefunden und wäre bereit, *Jacobi* beim König zum Irrenhausarzt der neu anzulegenden Irrenanstalt vorzuschlagen[1]) (20. I. 1821).

[1]) Die Mitteilung *Croon*s (Der rheinische Provinziallandtag bis

Seine unmittelbare Dienstbehörde beurteilte *Jacobi* aber anders und die 3 Oberpräsidenten brachten in gemeinsamem Bericht an den Minister ihre Zweifel an seiner Brauchbarkeit zum Irrenarzt vor und empfahlen, der Minister möge einen genaueren Bericht über *Jacobi* vom Regierungspräsidenten von Pestel einfordern, der sehr wünsche, *Jacobi* durch einen anderen Departementsrat ersetzt zu sehen; *Jacobi* sei nicht einmal das Förmliche des Geschäftsganges eigen. (3. IV. 21). Dieser Bericht erfolgte 6. VI. 21 und charakterisierte *Jacobi* dahin, daß sein moralischer Wert und sein Ruf untadelhaft seien, er sei ein gerader redlicher Mann, guter Bürger und Familienvater; dagegen bringe er den Förmlichkeiten der Dienstführung kein Interesse entgegen; keinen Geschäftsgegenstand habe er während seiner 5jährigen Dienstzeit mit Eifer ergriffen und verfolgt; er betrachte sie als eine Last, der er sich nicht entziehen könne; auch besitze er nicht die dem praktischen Arzt erforderlichen Eigenschaften; sein kaltes düstere Äußere könne den Kranken kein Zutrauen einflößen; auch als praktischer Arzt haber er durchaus kein Glück gemacht, sich kein Vertrauen und keinen Ruf erworben.

Diese ungünstige Beurteilung führte zu eingehendem Meinungsaustausch der beteiligten Minister und Ministerialräte. Besonders stellte sich Langermann auf einen sehr ablehnenden Standpunkt (14. 5. 22). Er könne nicht glauben, daß jemand, der in seinen bisherigen Ämtern nicht getaugt habe, Anspruch darauf hätte, daß man mit ihm Versuche mache, ob er in noch wichtigeren und einträglicheren Ämtern tauglich sein werde. Es sei richtig, in ganz Deutschland seien keine guten Irrenärzte vorhanden; man möge warten, bis in der neuen Anstalt Leubus tüchtige Irrenärzte ausgebildet seien; bis dahin genüge es, wenn für gute medizinisch-diätetische Pflege, humane Behandlung und sichere Aufbewahrung der Irren gesorgt sei; ein Arzt dazu sei leicht gefunden.

Minister Altenstein versah dieses Gutachten mit zahlreichen, geistreichen und für *Jacobi* wohlwollenden Randbemerkungen und verfügte, daß ein entscheidender ernstlicher Schritt in den Rheinprovinzen nicht länger ausgesetzt werden dürfe; wenn daher nicht ein besserer Arzt als *Jacobi* vorgeschlagen werden könne, und wenn man von *Jacobi* nach so langer Zeit nicht, mit sehr erheblichen Gründen unter-

---

zum Jahre 1874, Düsseldorf 1918, S. 288), *Jacobi* sei durch Reskript vom 20. I. 21 zum Irrenarzt für Rheinland und Westfalen ernannt, ist also falsch.

stützt, sagen könne, daß auch ein Versuch mit ihm nicht angebracht sei, bleibe nichts anderes übrig, als diesen Versuch mit ihm zu machen (23. V. 22). An Ingersleben schrieb er: Bis jetzt sei ihm auch nicht ein Mann genannt worden, der sich dem *Jacobi* als kompetent für jenen Posten zur Seite stellen könnte; man könne unmöglich die Irren weiter ihrem unglücklichen Schicksal so lange überlassen, bis der kaum mögliche Fall eintrete, daß ein Arzt sich finde, welcher als Mensch, Arzt, Gelehrter und Geschäftsmann gleich groß, alle Stimmen oder wenigstens die der bedeutendsten Techniker und Administrationsbeamten für sich zu gewinnen das Glück habe. *Jacobi* sei ein Mann von gesetzten Jahren, von hoher Rechtlichkeit und Moralität, von ruhiger würdiger Haltung, ein glücklicher Familienvater; dem Mangel an Brauchbarkeit als Geschäftsmann könne man durch Anstellung recht tüchtiger Beamten begegnen (3. VI. 22).

Beide Oberpräsidenten erklärten dagegen in einer Konferenz am 25. VI. 1822 in Koblenz — deren Ergebnis allerdings dem Minister vorenthalten wurde —, „bei allen guten Eigenschaften ist p. *Jacobi* doch für eine solche Stelle ungeeignet, indem ihm das erste Erfordernis eines Irrenarztes, Heiterkeit des Geistes und offenes einnehmendes Wesen gänzlich abgeht, er vielmehr durch ein finsteres Gemüt und Verschlossenheit zurückschrecke, derselbe auch die praktische Gewandtheit und Geschäftsfähigkeit nicht besitze, welche dem Vorstande einer solchen Anstalt, insbesondere eines neu zu schaffenden Instituts, ganz unentbehrlich sei". Sie hielten dafür, daß bei näherer Nachfrage es an Männern, welche für die Stelle eines Direktors ganz geeignet wären, nicht fehlen dürfte und sie glaubten das Ministerium unter andern auf den Professor Nasse zu Bonn aufmerksam machen zu müssen „als welcher den Ruf eines vorzüglichen Arztes für Seelenkrankheiten sich erworben habe".

Schon bald indessen änderte Ingersleben seine Ansicht und schrieb vier Monate später, am 25. November 1822 an Vincke: „daß er bei seinem mehrmaligen Beisammensein mit *Jacobi* sowohl von seinen Kenntnissen eine sehr hohe Meinung gefaßt, als auch das frühere nachteilige Urteil über sein finsteres Wesen und seine desfalsige Untauglichkeit für die Stelle eines Direktors der künftigen Anstalt nicht bestätigt gefunden, und deshalb auch unterlassen habe, das Konferenzprotokoll vom 25. Juni 1822 dem Herrn Minister von Altenstein mit einzusenden.

Später (24. III. 23) schrieb Ingersleben über *Jacobi* an den Minister: „Ich freue mich sehr, diesen mir früher so wenig vorteilhaft geschilderten Mann jetzt von einer ganz entgegengesetzten Seite kennen zu

lernen, und meine sehr oft erprobte Erfahrung wird auch durch ihn bestätigt, daß die von einem an sich gebildeten Manne zu erwartende Wirksamkeit oft nur von der Art und Weise abhängt, wie solche in Anspruch genommen wird". Altenstein schrieb dazu: „Dieses Eingeständnis gereicht dem Herrn von Ingersleben sehr zur Ehre". —

Infolge der Ablehnung des Schlosses Brühl durch Hardenberg hatte der Oberpräsident Graf Solms dem Minister einen ausführlichen Plan über die Verwendung Bensbergs als Irrenanstalt eingereicht: Die drei Flügel des Schlosses sollten je zur Hälfte für ein Geschlecht bestimmt sein. Die Säle und Zimmer nähmen meistens die ganze Breite des Gebäudes ein, es müßten daher durch Ziehen von Zwischenwänden erst Korridore geschaffen werden; die gegen den Schloßhof liegenden Fenster sollten zur Hälfte zugemauert oder verschlagen werden, um jeden Zusammenhang zwischen den Geschlechtern zu verhindern; in einzelnen der sehr hohen Säle sollte durch eine Balkenlage ein neues Stockwerk geschaffen werden; in jedem Stockwerk sollten Bäder, ebenso Aufzüge für Speisen, Wasser und Feuerungsmaterial eingerichtet werden; an einzelnen Stellen wollte man Öffnungen im Fußboden anbringen, damit die oben wohnenden Wärter hörten, was unten vorgehe (7. XII. 20).

Indessen wurde auch gegen die Verwendung Bensbergs als Irrenanstalt Einspruch erhoben, und zwar diesmal von der Militärverwaltung, die dort ein Militärlazarett für Augenkranke eingerichtet hatte, das zeitweilig mit fast 300 Kranken belegt war. Das als Ersatz dafür angebotene Schloß Bedburg wurde von der Militärverwaltung allein schon wegen der großen Entfernung von der Garnison Köln abgelehnt; auch sei es zu klein (5. III. 22).

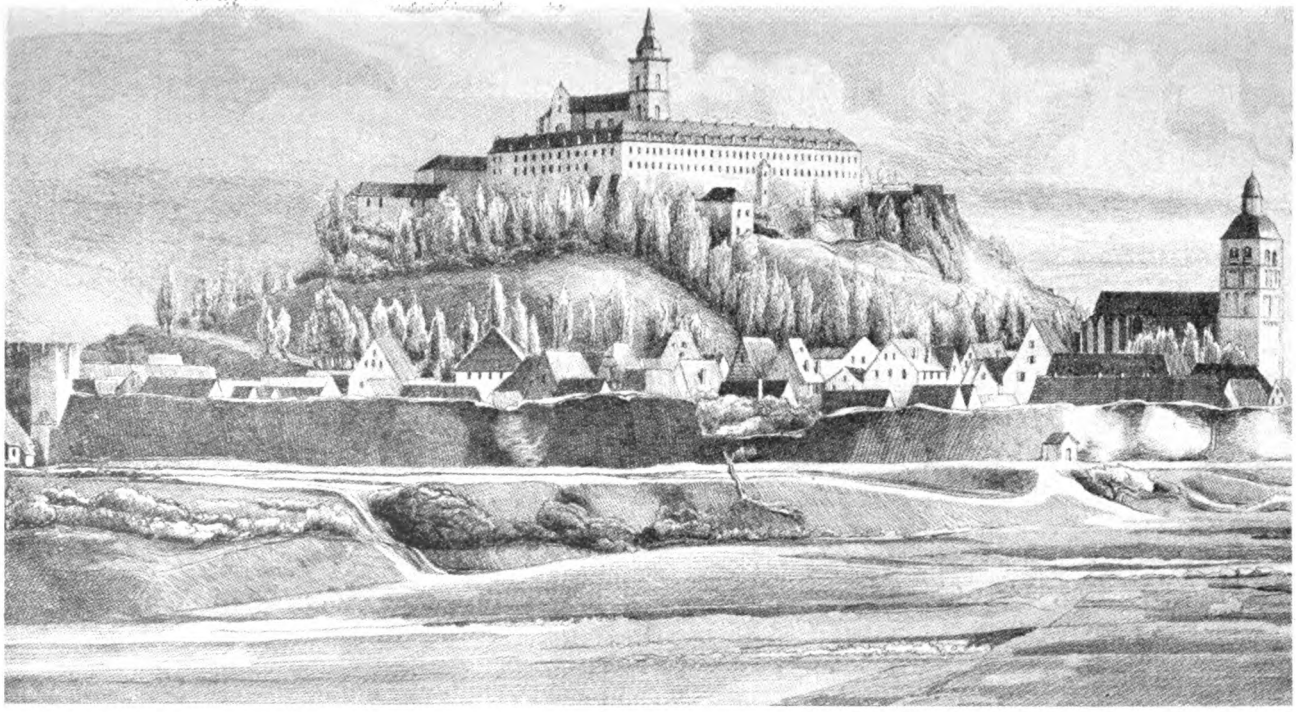
Im übrigen war die Angelegenheit nicht vorangekommen und zwar hauptsächlich deshalb, weil man, wie Altenstein schrieb, noch keine feste Wahl über den an die Spitze zu stellenden Arzt habe treffen können; auch jetzt sei das Hindernis noch nicht gehoben, doch könne man mit der Einrichtung der Anstalt nicht länger zögern (8. III.1822).

Inzwischen war der Oberpräsident Graf Solms gestorben und bei dem Oberpräsidium in Koblenz die Verwaltung beider Rheinprovinzen vereinigt; auch hatte sich, wie oben ausgeführt, Altenstein mehr u. mehr endgültig für die Wahl *Jacobis* entschieden (3. VI. 22). *Jacobi* war unterdessen auch nicht untätig gewesen und hatte in wiederholten Eingaben an den Minister die Dringlichkeit einer Besserung der Lage der Irren betont und die bisherigen Bauvorschläge besprochen. So schrieb er 11. V. 22, daß der entsetzliche Zustand der Hilfsbedürftigkeit der

Irren ihn unzählige Male von der Notwendigkeit, ihnen zu helfen, überzeugt habe; doch habe seine gänzliche Vermögenslosigkeit ihn verhindert, wenigstens einem Teil derselben in einer Privatanstalt zweckmäßige Hilfe zu leisten. Vielleicht könne der Staat zu Hülfe eilen und für den ersten Beginn eine Einrichtung von geeignetem Umfange für etwa 50—60 Irre treffen, die eine planmäßig fortschreitende Ausdehnung zulassen und in Bensberg oder Brühl mit geringem Kostenaufwande untergebracht werden könne; er würde nicht anstehen, eine solche Anstalt für seine eigene Rechnung einzurichten, wenn seine Vermögensverhältnisse ihm die ersten bedeutenden Auslagen gestatteten.

Altenstein, der immer noch mit den übrigen Dienststellen um *Jacobis* Wahl kämpfte, griff diesen Gedanken *Jacobis* auf und machte den Vorschlag, einen Versuch mit ihm zu machen und ihm bei einer nur vorläufig einzurichtenden und mehr als Privatunternehmung zu betrachtenden kleinen Anstalt die Geschäfte eines dirigierenden Irrenarztes zu übertragen; im Falle des Mißlingens könne *Jacobi* allerdings ein Zurücktreten in seine bisherige Stellung nicht erwarten und müsse sich seine Pensionierung gefallen lasssen (3. VI. 22). *Jacobi* erhielt dann vom Oberpräsidenten von Ingersleben die Aufforderung zur Vorlage eines Planes für die kleine Privatanstalt „ungeachtet es noch nicht feststeht, wo die Provinzial-Irrenanstalt etabliert wird, ob in Siegburg oder in Bensberg" (26. VI. 22). *Jacobi* antwortete darauf mit einem Schreiben an den Minister, in welchem er sich gegen die gleichzeitige Einrichtung der kleinen Anstalt und der Ausführung des Hauptbaues aussprach und zwar als Ergebnis einer Konferenz und Ortsbesichtigung mit dem Regierungs- und Medizinalrat Wegeler aus Koblenz und dem Baukondukteur Waesemann (27. VI. 22); dieser war schon vor zwei Jahren vom Minister als Bauleiter in Aussicht genommen, nachdem er seine besonderen Fähigkeiten bei den Bauten der Universität Bonn erwiesen hatte (7. XII. 20).

Der Regierungs- und Baurat Wegeler ist es gewesen, der, wie er selbst auch später (1. X. 22) an den Minister berichtete, es gewagt hatte, ohne besonderen Auftrag das bereits gewählte Bensberg einer nochmaligen kritischen Untersuchung zu unterziehen und das Abteigebäude zu Siegburg, von welchem hierzu vorher nie die Rede gewesen war, als das zweckmäßigste vorzuschlagen; er habe seine Meinung standhaft gegen *Jacobi* und Waesemann verteidigen müssen, aber beide, sowie die med. Fakultät in Bonn und Herrn von *Seydewitz* (s. unten) vollständig überzeugt. *Jacobi* berichtete 3. VIII. 22 dem Minister über seinen Besuch mit Waesemann und Nasse (dem inneren Kliniker in



Siegburg
(Nach einem alten Stich.)

Zu „Herting, Irrenheilanstalt Siegburg“ aus „Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie“ Bd. LXXXI.

Tafel I

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin.

UNIV. OF MICH.

Bonn) in Siegburg und stellte fest, daß Siegburg seine Erwartungen hinsichtlich der Brauchbarkeit weit übertroffen habe: die vorteilhafte Lage, gute bauliche Beschaffenheit (nur das Dach der Kirche sei z. T. eingestürzt), der einfache bürgerliche Stil, die bequeme Höhe, Größe und leichte Teilbarkeit der Räume, die vorhandenen Korridore, die Nähe der Stadt Siegburg und Bonn und die größere Menge von Ländereien — man müsse sich wundern, daß die Abtei Siegburg bisher unerwähnt bleiben konnte. —

Der Oberpräsident Ingersleben, dem dieser Vorschlag zugleich mit Waesemann's Plänen für die Interimsanstalt vorgelegt war (29. VII. 22), verhielt sich ablehnend, wegen der Unvollständigkeit und weil auch die für die Interimsanstalt bestimmten Räume noch vom Landwehrstamm und der lateinischen Schule Siegburgs benutzt würden, und diese nicht so rasch anderweit untergebracht werden könnten.

Dem Minister Altenstein schien indessen der Plan, die Anstalt nach Siegburg zu verlegen, „sehr vorzüglich", wenn der Wassermangel behoben werden könnte. Er beauftragte daher seinen Ministerialrat von Seydewitz, der sich gerade in Ems zur Kur aufhielt, die Angelegenheit an Ort und Stelle zu prüfen und nötigenfalls sofort zu entscheiden (8. VIII. 22).

Seydewitz besichtigte zusammen mit *Jacobi* und Wegeler Bensberg und Siegburg und gab Siegburg unbedingt den Vorzug: Bensdorf sei ein in einem äußerst großen Stil gebautes Jagdschloß, die Fenster groß, aber nicht zahlreich, die Treppen von Stein und beschwerlich zu besteigen. Siegburg sei sehr wohnlich eingerichtet, während Bensberg nur auf den kurzen, schnell vorübergehenden Aufenthalt eines bedeutenden Hofstaates berechnet sei. Der Umbau von Bensberg werde wesentlich teurer; auch werde es nicht von der Militärbehörde abgetreten (15. VIII. 22).

Altenstein erklärte sich mit der Wahl Siegburgs einverstanden, ebenso damit, daß von der Einrichtung einer provisorischen Heilanstalt abgesehen werde und erstattete nunmehr eingehend dem König Bericht, daß jetzt einstimmig die Wahl aller Sachverständigen und Verwaltungsbehörden auf die Abtei Siegburg und ebenso auf *Jacobi* als Direktor der Anstalt gefallen sei (30. IX. 22).

Bis zur endgültigen Entscheidung sollten dennoch Monate vergehen. Zunächst wurde aber doch schon verfügt, daß *Jacobi* von seiner bisherigen Tätigkeit vom 1. X. 22 an entbunden werde und baldmöglichst seinen Wohnsitz nach Bonn verlegen solle, um, was

er selbst beantragt hatte, dort weiteren Studien obzuliegen und in der Nähe Siegburgs zu sein.

Es wurde ihm eine seiner neuen Tätigkeit angemessene Dienstaufwandsentschädigung zugebilligt und ihm die Mittel zu einer Studienreise in die Anstalten Marsberg, Liesborn, Celle, Hamburg, Bremen und Ruppin in Höhe von 500 Taler zugebilligt, seinem Wunsche, seine Reise auch auf britische Anstalten auszudehnen, dagegen nicht entsprochen. Sein weiterer Wunsch, sich durch Reisen über die Unterbringung der Irren im Lande zu unterrichten, wurde unter Hinweis auf die Kostenaufbringung nicht erfüllt.

Der König endlich verfügte, daß vor weiteren Entschließungen eine genaue Übersicht über die Anzahl der Kranken und der einmaligen und dauernden Kosten beigebracht werden solle (6. X. 22).

Der Oberpräsident Ingersleben zu Koblenz ließ nunmehr, ohne Weiteres abzuwarten, von *Jacobi* und dem Bauinspektor Waesemann gemeinschaftlich einen Plan zur Errichtung einer Irrenheilanstalt zu Siegburg ausarbeiten und reichte ihn dem Minister mit allen Zeichnungen, Anschlägen, Erläuterungen sowie auch bereits mit Entwürfen zu dem zukünftigen Verwaltungsetat der neuen Anstalt ein. Nasse war ebenfalls zu den Vorarbeiten herangezogen, und „beide Herren waren dabei mit seltener Einigkeit zu Werke gegangen" (24. XI. 22). Der Bericht wurde „zur Vermeidung von Zeitverlust" dem Minister unmittelbar eingereicht, ohne daß man vorher, was unbedingt hätte geschehen müssen, das Einverständnis des Oberpräsidenten von Westfalen zu den Plänen und Entwürfen eingeholt hatte. Dieser notierte daher an den Rand eines ihn nachträglich darüber orientierenden Schreibens Ingerslebens: „Die ohne alle Rücksprache erfolgte Auswahl eines anderen Lokals und Veranschlagung desselben sowie die einseitige Zurückhaltung des gemeinschaftlichen Konferenzprotokolls (bezüglich des zukünftigen Anstaltsleiters) müssen mich um so mehr bestimmen, aus der Gemeinschaft wegen Errichtung einer rheinisch-westfälischen Irrenheilanstalt auszuscheiden, als die Provinz Westfalen gar nicht die Mittel hat, an einer so verschwenderisch veranschlagten und wahrscheinlich nach gleich kostbarem Maßstabe auch unterhalten werden sollenden Anstalt teilzunehmen. Daher ad acta, bis zur näheren Äußerung des Herrn Ministers von Altenstein und Mitteilung des Bauplans." Hiermit war ein Wendepunkt in der Angelegenheit einer gemeinsamen rheinisch-westfälischen Irrenversorgung eingetreten, wenn es auch noch jahrelanger Verhandlungen bedurfte, um das Projekt endgültig zu lösen.

Die Gesamtkosten für Umbau und erste Einrichtung wurden auf rund 69000 Taler veranschlagt. Der Minister erklärte sich mit den Bauplänen und der Aufstellung des Inventarbedarfs einverstanden, besonders sei die Unterbringung und Trennung der Krankenabteilungen durchaus zweckentsprechend, ebenso die projektierten Sicherheitsmaßnahmen für die Irren; jedenfalls müsse den Vorschlägen *Jacobis* vollständig entsprochen werden, „um ihm jeden Anlaß für künftige Entschuldigungen zu nehmen" (15. XII. 22). Die Oberbaudeputation stimmte im allgemeinen den Bauplänen zu (26. I. 23).

Ein Einspruch des Kronprinzen (späteren Königs Friedrich Wilhelm IV.), der wünschte, „daß das Abteigebäude, als ein nicht unmerkwürdiges Monument, in seiner altertümlichen Gestalt überhaupt erhalten werde", hatte keinen Erfolg; es genehmigte vielmehr jetzt der König endgültig die Errichtung der Irrenanstalt zu Siegburg und verfügte Beschleunigung der Vorarbeiten (2. III. 23).

Bauliches.

Die 1051 gestiftete und 1064 eröffnete Benediktinerabtei Siegburg war 1804 durch Bayern aufgehoben. Auf einem isolierten steilen Hügel von etwa 200 Fuß Höhe gelegen, gewährte sie mit ihren nach einem verheerenden Brande am 1. Januar 1772 neu aufgebauten sehr geräumigen Gebäuden, und mit der schönen, 170 Jahre alten Kirche weit ins Land hineinschauend, von allen Seiten einen prachtvollen Anblick [3].

Nach einem Bericht des Baurates Frank (19. III. 1823) befanden sich die Hauptbestandteile der Gebäude mehrenteils in gut m Zustande, und könnten ohne bedeutende Kosten die vorhandenen Schäden hergestellt werden. Nur die Gewölbe der Kirche zeigten gefahrdrohende Risse und müßten abgetragen werden; eine leichte, gewölbeförmige Bretterverschalung werde das Gewölbe ersetzen müssen [4].

Jacobi, der Herbst 1823 seinen Wohnsitz nach Bonn verlegte, war mit dem Bauinspektor Waesemann „zur Baukommission konstituiert" und 16. IV. 23 waren auch die sonstigen Verhandlungen soweit abgeschlossen, daß die Ausschreibungen für die Bauarbeiten und Materialien beschlossen wurde; es sollte sofort begonnen werden mit dem Neubau einer Direktorwohnung, dem Umbau des Kelterhauses für die Tobsüchtigen, einer Wohnung für den Ökonomen, der Herstellung des Hauptbrunnens, der Blitzableiter und des Turmes, der Einrichtung des Waschhauses und der Beschaffung der Feuer-

löschgeräte. Für diese Arbeiten waren 75000 Taler vorgesehen und bewilligt; aber schon nach wenigen Monaten (20. XII. 1823) mußte der Oberpräsident berichten, daß diese Summe nicht ausreiche, sondern daß eine erhebliche Nachbewilligung erforderlich sei. Nach späterer Feststellung betrugen die Gesamtkosten 106280 Taler. — Die Überschreitung war veranlaßt durch Erhaltung der Kirchengewölbe an Stelle der vorgesehenen Bretterdecke, Anlage der Bäder in der Krypta mit Durchbrechen starker Felsenmauern für Fenster und Türen, unterirdische Zu- und Abflußkanäle für das Badewasser, durch Sicherung der Fundamente des Turmes, dessen Grund mit Gräbern angefüllt war, durch Erbreiterung und Sicherung des Hauptfahrweges, Pflasterung der Hofräume, Erneuerung von Gebälk und Gewölben und 50 Fuß hoher Strebepfeiler, erhebliche Dachreparaturen[1]), Einrichtung der Luftheizung, der Koch- und Waschküche und der Bäckerei, Erneuerung von Fenster und Türen, die sich nachträglich als nicht reparaturfähig erwiesen, Anlage eines Treppenturmes und eines verdeckten Ganges bis zur Direktorwohnung, „damit der Direktor zu allen Tageszeiten leicht und ungesehen in der Mitte der Anstalt erscheinen könne", Versetzung des Hauptportals und Erweiterung des inneren Einfahrttores, Einrichtung von Abtritten, Kloaken und Regensärgen usw. — Hierzu kamen dann noch die durch den eigentlichen Irrenhauszweck bedingten baulichen Änderungen, die Maßnahmen zur Sicherung der Kranken: die Vergitterung der Fenster, Errichtung von Mauern um Gärten und Höfe, der Einbau von Türen in den Fluren zur Trennung der einzelnen Abteilungen voneinander usw., so daß ein späterer Bericht mit Recht sagt: „Die alte Abtei bestand fast nur noch in ihrem äußeren Mauerwerk"[6] und daß *Jacobi* später (1839) mit den stärksten Worten jede sog. Adaptierung ablehnte, indem er schrieb: „Es sei davor gewarnt, früher anderen Zwecken gewidmet gewesene Gebäude, ehemalige Schlösser, Abteien, Klöster für die Einrichtung einer Irrenanstalt zu benutzen; denn wenngleich einige neuerlich gegründete Institute, wie z. B. die zu Hildesheim, Winnenthal, Leubus, Siegburg davon zeugen, daß sich dergleichen vorgefundene Gebäude auch auf eine leidliche Weise in Irrenanstalten umändern lassen, so verschlingen die zu treffenden großen Abänderungen und weitläufigen Reparaturen am Ende so große Summen, daß man mit denselben wahrscheinlich auch das neue hätte

[1]) 1813 hatten die Russen für einen Brückenbau über die Sieg an den Dachstühlen einen Balken um den andern herausgesägt[5].

gründen können, wie das wenigstens in bezug auf die Siegburger Anstalt bestimmt behauptet werden kann“ [7].

Der König hatte mit Kabinettsordre vom 2. III. 1823 die sämtlichen Gebäude der Abtei unentgeltlich und ihre Ländereien für einen Taxpreis von 2814 Rtl. 28 Sgr. 4 Pf. überwiesen, und er erließ durch den Landtagsabschied vom 13. VII. 1827 der Provinz auch noch die ihr zunächst auferlegte Erbauung eines Landwehrzeughauses. Trotzdem war die Überschreitung des Kostenvoranschlages also eine recht erhebliche, so daß der VII. Ausschuß des 1. rhein. Provinziallandtages (1826), der eine Prüfung und genaue Ermittelung des Einrichtungsbedarfs vornahm und eine Überschreitung von 42644 Taler feststellte, mit Recht sagte: „Man weiß in der Tat nicht, ob man mehr über die Leichtfertigkeit der Taxierung oder über die Kostspieligkeit der Sache selbst sein Erstaunen aussprechen soll“ und weiter: „Bei der Errichtung dieses Irrenhauses scheint man wunderbar genug überall irrend gewesen zu sein.“ Auch die Wahl des Ortes auf einem hohen Berge und nur mit Beschwerlichkeit zugänglich könne nicht den Beifall des Ausschusses erhalten [8].

Ein Blick auf den Lageplan [9] gibt zu folgenden Ausführungen Anlaß: Das alte Abteigebäude ist in Form eines Rechtecks erbaut mit der Hauptfront als Langseite nach Westen. Die quer von Osten nach Westen stehende Kirche trennt den vom Haus umschlossenen Platz in zwei Teile, den südlichen, größeren, den Brunnenhof und den nördlichen, den Kirchenhof. Der letztere wurde im Osten von einem niederen Einzelbau begrenzt, dem Kelterhaus F, dem wiederum nach Westen zwei niedere Flügel vorgebaut waren, eine Remise G und das Schlachthaus H. An das Kelterhaus F und den Nordflügel A stießen zwei gleichfalls einstöckige Bauten J und K, die Zwecken der Ökonomie dienten.

Die letzteren blieben diesem Zweck und auch in ihrer Gestalt erhalten, aber auch, trotz der bei Einrichtung der Anstalt vorgenommenen Reparaturen, baufällig. Einen wesentlichen Um- bzw Erweiterungsbau erfuhren Kelterhaus, Schlachthaus und Remise; das Kelterhaus wurde zum Tobhaus, die Remise für ruhige blöde Kranke und das Schlachthaus zu Wohnungen für die Geistlichen, Assistenzarzt und Sekretär umgebaut und später allen ein Stockwerk aufgesetzt.

Der Ost-, Süd-, West- und Nordflügel wurden zu Krankenräumen bestimmt, mit Ausnahme des Erdgeschosses der nordwestlichen Hälfte des Westflügels, der Wohnung und Dienstzimmer des Verwalters,

Konferenzzimmer und die Wohnung des 2. Arztes enthielt. In den Mansarden aller vier Flügel wurden Magazine, Trockenboden und Schlafräume für Kranke und Dienstpersonal eingerichtet. Waschküche, Kochküche, Gemüseputzraum, Bäckerei und Vorräte befanden sich in dem allein unterkellerten nordwestlichen Teil des Westflügels, ein Weinkeller in der südöstlichen Ecke des Ostflügels. Als Mangel- und Bügelraum diente ein Saal der Frauenabteilung im Ostflügel.

Für den Aufenthalt der Kranken im Freien wurden durch Errichtung 10 Fuß hoher Mauern Höfe geschaffen, und zwar zwischen Tobhaus und Kirche, der Seitenhof und der kleine Hof, an der östlichen Seite des Ostflügels der Gartenhof und am Bergabhang vor dem Süd- und Westflügel weitere Gartenanlagen. Der von der Kirche und den drei Hauptflügeln umschlossene große Brunnenhof gehörte zu den Männerabteilungen und enthielt eine Kegelbahn. Ein hier an der Kirchenseite errichteter verdeckter Gang ermöglichte den Frauen den Zugang zu ihren im Kellergeschoß des Westflügels gelegenen Hauptarbeitsräumen, d. i. die Wasch- und Kochküche. In einer Entfernung von 9 Fuß und in der ganzen Länge des Ostflügels errichtete man eine 10 Fuß hohe starke hölzerne Vergitterung, um jeden Verkehr der Kranken des Männerhofes mit den dahinterliegenden Frauenabteilungen zu verhüten.

Von der Kirche wurde das Langhaus nicht zum Gottesdienst benutzt und war durch eine 12 Fuß hohe Mauer von dem zum Gottesdienst bestimmten Querschiff und Chor geschieden. Die unter diesen befindliche Krypta wurde zur Badeanstalt bestimmt; bei 10 bzw. 14 Fuß Höhe wurde sie durch 8 Fuß hohe und 4—5 Fuß breite Fenster erhellt und war für diesen Zweck „so günstig, wie es sich nur wünschen ließ". Eine neben dem Turm befindliche Seitenkapelle richtete man als Sektionsraum ein.

Die Fenster im Tobbau waren 2 × 5 Fuß große Kippfenster, 9 Fuß über dem Fußboden und 1 Fuß von der Decke entfernt und mittelst einer unter der Decke verlaufenden Schnur vom Flur aus stellbar; sie waren nach außen gegen das Entweichen mit starken, 8 Zoll voneinander entfernten eisernen Stangengittern, nach innen gegen das Zertrümmern mit dichtem Drahtgeflecht versehen (a). Die tiefer herabreichenden Fenster im Flur waren durch Eisengitter und bei den Frauen durch eine im Ha bkreis aufgestellte, bis zur Decke reichende Reihe einzölliger, weißgestrichener hölzerner Stäbe geschützt. In der sog. IV. Abteilung, in deren Zimmern 2—4 Kranke gemeinsam mit einer Pflegeperson schliefen, waren die Fenster

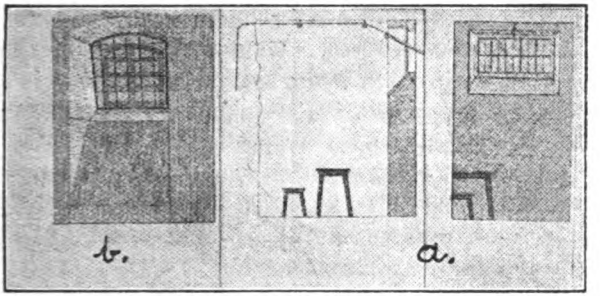


Abb. 1.

auch noch reichlich 6 Fuß vom Fußboden entfernt, maßen 4 × 4½ Fuß, waren durch eine Stange nach außen stellbar und innen durch weniger dichtes, schräg gestelltes Drahtgeflecht gesichert. Die Fensterbänke waren stark abgeschrägt, so daß bei einer Dicke der Mauern von über 2 Fuß ein Ausblick aus den Fenstern ins Freie kaum möglich war (b). Die Größe der Fenster in den Abteilungen ruhiger Kranker wich vom Normalen nicht ab. Überall waren Außengitter bis zur halben Höhe angebracht, die sich mit den Sprossen der Fenster deckten. Einige Fenster waren außerdem noch verschließbar. Der obere Teil der Fenster konnte nicht geöffnet werden. Alle Fensterrahmen waren aus Eichenholz; eiserne wurden grundsätzlich verworfen.

Die Zellentüren waren bündig mit der Mauer eingesetzt und öffneten sich ins Innere der Zelle. Die meist zweiflügeligen Türen, welche in den Korridoren die einzelnen Abteilungen trennten, waren doppelt und vielfach zum Schalldämpfen auf der Innenseite mit einer 6 Zoll starken Heumatratze versehen. Die Wände in den Zimmern der Vornehmen sollten nicht gemalt, sondern grün gestrichen werden, mit einer farbigen Bordüre (1822).

Der Fußboden in den Zimmern bestand aus Eichenholz, in den Korridoren aus grauen Fliesen. Der Fußboden in den Zellen, der gleichfalls aus Eichenholz bestand, das in Öl getränkt und mit Ölfarbe gestrichen war, hatte für den Abfluß des Wassers beim Reinigen eine Neigung zur Tür von 3 Zoll. In der Ecke neben der Tür befand sich der Abtritt. Das Mobilar der Zellen bestand aus einer am Fußboden befestigten schweren eichenen Bettstelle, einem in die Wand eingemauerten und am Fußboden angeschraubten Eichentisch und einer ebensolchen Sitzbank.

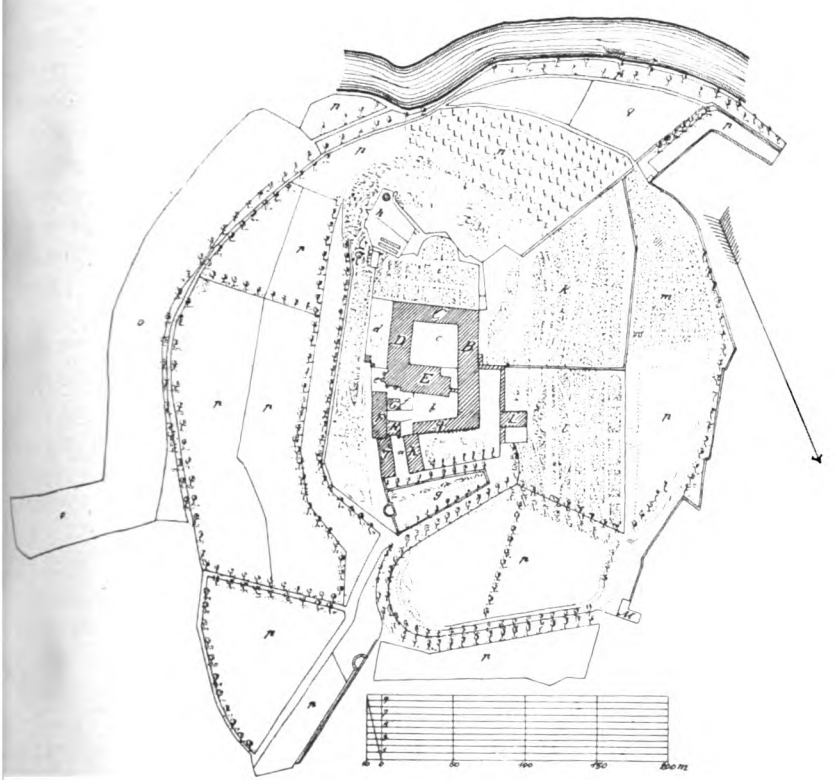
Autenrieths che Pallisadenzellen und Polsterzellen sind in Siegburg nicht vorhanden gewesen. Wohl aber waren die Zimmer für Blöde und Unreinliche durch 7 Fuß hohe hölzerne Gitter in gesonderte Räume geteilt, auch in der IV. Abteilung die Betten der mit den Kranken zusammenschlafenden Wärter mit 9 Fuß hohen Vergitterungen, deren eichene Sparren 3 Zoll Durchmesser hatten, umgeben.

Die Heizung machte viel Kopfzerbrechen. Die Einrichtung einer Dampfheizung war von der Oberbaudeputation abgelehnt. Für den Zellenbau wählte man Heizung mit erwärmter Luft: in einem in der Mitte einer Zimmerreihe gelegenen Raum war der Ofen aufgestellt, von dessen Mantel nach beiden Seiten in der Zimmerwand, kurz vor Deckenhöhe, ein Wärmekanal verlief, der, in jedem Zimmer mit einer Zugklappe versehen, die erwärmte Luft zuführen oder absperren sollte. Doch erwies sich bald, daß die Fortleitung der Wärme in horizontaler Richtung nicht gelang, und im Jahre 1829 wurde ein großer Teil dieser kostbaren Einrichtung wieder eingerissen.

In den übrigen Teilen der Anstalt besaßen je zwei aneinanderliegende Wohnzimmer einen gemeinsamen, mit seinem gemauerten Mantel in die Zimmer vorspringenden Ofen, der vom Flur aus geheizt wurde. Die durch den Mantel gebildete Heizkammer, durch die man auch das Rauchrohr verlaufen ließ, fand ihre Verlängerung durch die Decke und sollte die Wohnräume des Obergeschosses erwärmen. Auch diese Einrichtung versagte; die Mantelwand war zu dick und reichte nicht weit genug in das Zimmer hinein. Die Schlafräume waren durchgehends nicht heizbar, abgesehen von einigen Zimmern die für die Pflege Bettlägeriger bestimmt waren. Der durch eine eiserne Tür abgesperrte Vorraum des Ofens enthielt das Brennmaterial und die Ofengeräte. In einem Teil des Zellenbaus wurde auch nur die Heizung des Korridors beabsichtigt, indem von hier aus durch Einhängen bereitgehaltener Gittertüren eine bescheidene Erwärmung etwa benutzter Zellen ermöglicht werden sollte. Den Hauptvorteil dieser Heizungsarten sah man darin, daß sich im zweiten Stockwerk keine Feuerungen befanden, die Brandgefahr also wesentlich vermindert war, ein bei Lage und Bauart der Anstalt allerdings ganz erheblicher Vorzug.

Wesentlich schwieriger war wohl noch die Beschaffung des Wasserbedarfs. Angeblich war zunächst durch Aufräumung des alten verschütteten Brunnens von 200 Fuß Tiefe ein vortreffliches Wasser gewonnen [10]; er sollte sogar bis unter den Wasserspiegel des Mühlengrabens vertieft werden und von diesem durch einen horizontale

Situations-Plan der Heilanstalt zu Siegburg



Zu „Herting, Irrenanstalt Siegburg“ aus „Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie“ Bd. LXXXI.

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin.

Stollen beständigen Zufluß erhalten. Tatsächlich war es aber wohl anders; denn 1834 schreibt *Jacobi*: Der 214 Fuß tiefe, ganz in den Felsen gehauene Brunnen war seit undenklichen Zeiten verschüttet und man hat keine Nachricht, ob er je Wasser gegeben hat. Ein zweiter 174 Fuß tiefer Brunnen (in dem rechten Seitengebäude des Vorhofs (a)) hat aber nur weniges und schlechtes Wasser. Das Trinkwasser lieferte dem Kloster eine am Fuße des Berges liegende Quelle, deren Ergiebigkeit aber immer sehr gering war. Den eigentlichen Wasserbedarf gewährten 10 Zisternen, in die das Regenwasser von sämtlichen Dächern geleitet wurde. — Aus dem Brunnen wurde das Wasser mittelst eines Schöpf- und Triebwerkes heraufbefördert, welches durch zwei, später drei Paar abwechselnd in einem Tretrad gehende Esel in Betrieb gesetzt wurde. Zwei Eimer wurden stündlich jeder 12 mal heraufgeholt. Die Weiterleitung des Wassers in die Abteilungen konnte nur nach einer Abteilung, dem Zellenbau und auch hier nur bis zum Erdgeschoß geschehen; hier befand sich im Fußboden des Korridors ein mit einem verschließbaren Deckel versehener Behälter, aus welchem das Wasser nach Bedarf geschöpft wurde.

Schon 1829 wurde die Wasserversorgung von *Jacobi* als ungenügend bezeichnet: die Eimer füllten sich häufig nur zur Hälfte und oft brach die Kette und die herabgestürzten Eimer konnten nur mit Lebensgefahr aus der Tiefe heraufgeholt werden, auch waren Regensärge, Zisternen und Leitungen undicht. 1834/35 wurde das Schöpfwerk durch eine Saug- und Druckpumpe und ein Göpelwerk mit zwei Pferden ersetzt, und 1845 die Beschaffung einer Dampfmaschine angeregt, aber erfolglos vom 8. Ausschuß beim Provinziallandtag befürwortet [11]. 1856 hatte der Brunnen 7 Monate im Jahr kein Wasser und das notwendigste Wasser wurde durch Fuhren auf den Berg geschafft. Die Verwaltungskommission beantragte daher (17. X. 1856) erneut die Anlage einer Dampfmaschine zur Abstellung des Wassermangels, zur Errichtung von Wasserklosetts, zur Beschaffung von Trinkwasser und zum Kochen an Stelle des bisher benutzten Regenwassers.

Der 12. Provinziallandtag erkannte den Antrag zwar als zweckmäßig an, lehnte ihn aber trotzdem vorläufig ab (20. X. 1856). Erst der 13. Provinziallandtag (17. XII. 1858) genehmigte die Anlage [12]. Die Wasserkalamität blieb jedoch bestehen.

Das Kochen der Speisen der Normalklasse (Kranke und Personal) geschah mittelst eines Dampfapparates; als Kochgefäße dienten große hölzerne Bütten, in welchen der in die Speisen aus dem Apparat

unmittelbar einströmende Wasserdampf die Speisen zum Kochen brachte. Im Jahre 1846 berichtete *Jacobi*[13] darüber, daß dabei ein großer Teil der schmeck- und riechbaren Stoffe der Speisen entweiche, daß die Speisen mehr oder weniger verwässert, das Gemüse aber in eine dünnbreiige, oft fast suppenartige Masse verwandelt würde; die Speisen verlören außerordentlich an Nahrhaftigkeit und Wohlgeschmack und die Breimasse entbehre in Ansehen und Geschmack des notwendigen Wechsels; die „Büttensuppen und Büttengemüse" seien daher mit Recht sehr unbeliebt und gäben häufig Anlaß zu Unzufriedenheit und Klagen. Außerdem würden die hölzernen Gefäße früh abständig, gingen in Fäulnis über und gäben den Speisen einen sehr widerlichen Geschmack. *Jacobi* schlug damals die Beschaffung messingner, inwendig verzinnter Kessel mit Doppelwänden, dicht schließendem Deckel und Dampfabzug vor. — Der Fußboden der Küche war mit Fliesen bedeckt, über deren sehr schlechten, stark ausgetretenen Zustand *Jacobi* gleichzeitig ernste Klage führte.

Die Abwasser aus Koch- und Waschküche und der Badeanstalt wurden in mehrere am Abhange des Berges in den Felsen gebrochene große Senkgruben geleitet, in deren Boden große Felsspalten dem Wasser in das Innere des Berges zu entweichen gestatteten. Später wurde alles unreine Wasser dem Mühlengraben zugeführt. Die Entleerung der Abortgruben nahm alle 3 Monate 10 Nächte lang die Arbeit von 6 Mann in Anspruch und führte schon 1829 zu erheblichen Klagen der Anstaltsdirektion über große Unzuträglichkeiten und Belästigung des ganzen Hauses.

Die Beleuchtung der Anstalt geschah mit Brennöl, in den Korridoren durch Argantsche Lampen, in den Wohn- und Gesellschaftszimmern durch Astrallampen. Über den Lampen befanden sich blecherne Trichter, die durch Röhren den Ruß und Rauch in den nächsten Schornstein oder ins Freie leiten sollten.

In den Beamtenwohnungen wurden außerdem Talglichter benutzt. Bei der Etatsberatung des 5. Landtages (1837) wurde in der Sitzung des XI. Ausschusses bemängelt, daß für den speziellen Gebrauch des Direktors 200 Pf. Talglichter verlangt würden, was das Bedürfnis übersteige. In Wirklichkeit werde zwar nicht alles verabfolgt, sondern nur etwa 120 Pf., und im Werte des Restes ein verhältnismäßiges Quantum Brennöl. Referent war aber der Meinung, daß mit diesem Beleuchtungsmaterial wenigstens sechs Räume, jeder mit zwei Lichtern alle Abende des Jahres beleuchtet werden könnten, was bei einer auch noch so zahlreichen Familie schwerlich erforderlich

sein möchte. — Der Ausschuß setzte das Deputat auf 150 Pf. fest, mit Rücksicht darauf, daß die Stellung des Direktors die Erleuchtung einiger Lokalitäten für die ganze Nacht nötig machen dürfte. — Welche Räume gemeint sind, sagt das Sitzungsprotokoll nicht[14].

Der 14. Provinziallandtag am 6. XI. 60 genehmigte den Anschluß der Anstalt an die in Aussicht genommene Gasanlage in der Stadt Siegburg, wenn sich durch genaue Vorlagen herausgestellt habe, daß die Gasbeleuchtung sich billiger stelle als die Ölbeleuchtung[15]. Der Anschluß erfolgte in den Jahren 1862/63. — Schon bei Gründung der Anstalt hatte man Gasbeleuchtung ins Auge gefaßt; die Oberbaudeputation in Berlin riet indessen ab, weil man besonders in Deutschland noch nicht genügend Erfahrungen gesammelt habe (26. I. 23)[16].

Eröffnung.

Die Eröffnung der Anstalt, anfänglich für den 1. Juli 1824 in Aussicht genommen, wurde auf den 1. Oktober verlegt und im Amtsblatt bekannt gemacht. *Jacobi* sah sich indessen genötigt — und zwar gegen die Meinung des Bauinspektors Waesemann, der die Anstalt genügend bis zum 1. November fertigzustellen hoffte — um weiteren Aufschub zu bitten, da erst mit dem Anstreichen der Fußböden begonnen sei, auch die Anlieferung der Öfen sich erheblich verzögert habe. *Jacobi* bezog im November seine Dienstwohnung, und am 1. Januar 1825 fand sang- und klanglos die Eröffnung der Anstalt statt.

Auf eine Anfrage des Oberpräsidenten vom 11. I. 1825, ob und mit welchen Förmlichkeiten die Anstalt eröffnet sei, erwiderte *Jacobi* 17 I. 1825 etwas bissig: Daß besondere Förmlichkeiten nicht stattgefunden hätten, „indem mir die Lage der Dinge eine solche auszuschließen schien, da ich deshalb nicht nur keine Weisung von Ew. Exzellenz erhalten hatte, sondern auch kein Beamter, ich selbst mit eingeschlossen, förmlich introduziert oder mit einer Bestallung versehen war, und das sämtliche Dienstpersonal nur, wie man zu sagen pflegt, dem äußeren Vernehmen nach wußte, daß mir die Direktion der Anstalt anvertraut worden war“[17].

Diese Anfrage des Oberpräsidenten war durch besondere Vorgänge im Ministerium veranlaßt. Das Ministerium hatte nämlich 6. VIII. 1824 angeordnet, daß bis zur anderweiten Regelung der Aufbringung der Einrichtungs- und der Unterhaltungskosten der Anstalt der Geldbedarf bis 31. XII. 1825 durch Anleihen aus dem Instituten-

fonds flüssig erhalten werden solle. Die Regierungen meldeten ihre verfügbaren Gelder in Höhe von 38200 Taler an, doch blieb immer noch ein ungedeckter Rest von 21800 Taler. Der bezügliche Bericht des Oberpräsidenten vom 28. November ging erst am 16. Dezember in Berlin ein und darauf verfügte der Minister am 29. Dezember, daß ein Ausweg, die Unterhaltungskosten anderweitig zu beschaffen, nicht bekannt sei, daß eine neue Ausschreibung, wenn sie überhaupt wegen der Kürze der Zeit noch möglich wäre, teils schwerlich die Zustimmung des Staatsministeriums, noch die Allerhöchste Genehmigung erhalten würde, teils erscheine sie in einem Augenblick, wo die Zusammenberufung des Provinziallandtages nahe bevorstehe, sehr bedenklich und wenig geeignet, die Stände für die Anstalt zu interessieren; so unangenehm es auf der einen Seite sei, jetzt nach vollendeter Einrichtung der Anstalt mit der Eröffnung zu zögern, so unvermeidlich sei doch dieser Schritt; er ersuche ihn daher, das Nötige zu veranlassen.

Diese Verfügung traf erst in Koblenz ein, als die Anstalt bereits eröffnet war. Der Oberpräsident berichtete das auch nach Berlin, und da er zugleich mitteilen konnte, daß es ihm möglich gewesen sei, anderweit ein Kapital von 30000 Talern zu 4% auf ein Jahr zu „negotiieren", so daß es eines Vorschusses aus der Staatskasse vor der Hand nicht bedürfe, und da er ferner vorschlug, um zu sparen, die Anzahl der Kranken auf 50 zu beschränken, erklärte sich der Minister 22. II. 1825 mit der erfolgten Eröffnung einverstanden.

Die Kranken.

Entsprechend der von dem ersten Kliniker der neu errichteten Universität Bonn, *Friedrich Nasse* und von *Jacobi* vertretenen Anschauung von der Notwendigkeit der Heilversuche an Geisteskranken, sollte Siegburg reine Heilanstalt werden; sie bot Platz für 200 Kranke, und zwar für solche, „die nach dem Ausspruch der ärztlichen Erfahrung eine näher begründete Hoffnung auf Wiederherstellung gewährten"; hiernach sollten alle seit länger als 8 Monate Erkrankten, alle von Jugend auf Blödsinnigen oder aus Altersschwäche in Geisteszerrüttung Verfallenen, alle paralytischen und epileptischen, und alle mit Krebsgeschwüren, inveterierter Lustseuche und ähnlichen chronischen Leiden behafteten Personen von der Aufnahme ausgeschlossen sein [18]. Irre aus anderen Provinzen sollten nur soweit Platz vorhanden war, aufgenommen werden können.

Man unterschied vier Klassen von Kranken: zur ersten gehörten die, welche am unruhigsten und schwersten in Ordnung zu halten waren, zur zweiten solche, die bösartige und unsittliche Neigungen angenommen hatten, zur dritten die weniger von krankhaft gesteigerten Leidenschaften und Affekten bewegt wurden, zur vierten die Rekonvaleszenten[19].

Behandlung.

Der von *Jacobi* von Anfang an vertretenen Ansicht, daß jedes Irresein von körperlicher Krankheit bedingt sei, entsprach das ganze ärztliche Regimen: die sorgfältigste körperliche Untersuchung, tägliche Beobachtung und intensivste arzneiliche und diätetische Behandlung[20] unter sorgfältigster Führung von Krankengeschichten; und wohl nicht zum wenigsten verdankten *Jacobi* und Siegburg ihren europäischen Weltruf dieser klinisch-therapeutischen Kleinarbeit. Auf Ersuchen des Ministers (10. III. 1828) mußte *Jacobi* über die von ihm angewandten Zwangsmethoden und Heilmittel berichten. An Zwangsmitteln nennt er die englische und die Esquirolsche Zwangsjacke, den Hallaranschen ledernen Leibgurt, das englische Schloß, den Zwangsstuhl, das Befestigen im Bett; ferner das Zwangsstehen, Regen-, Sturz- und Spritzbäder, die Rotation auf dem Drehstuhl, Einsperrung im finstern Raum, Entziehung von Speisen. Zwangsstehen und Spritzbad seien von den meisten Kranken am meisten gefürchtet und dienten nicht selten dazu, auch die hartnäckigste Widerspenstigkeit zu besiegen, während die Rotation nach einmal stattgehabter Anwendung nie mehr das geringste bewirke[21]. Die Vorrichtung zur Anwendung des Zwangsstehens befand sich in einem auch als Schlafzimmer benutzten Raum in der südwestlichen Ecke des Westflügels, und daneben eine dunkle Kammer, die bestimmt war „für die gelegentliche Aufnahme solcher Kranker, denen der Lichtreiz ganz entzogen werden soll". Der Drehstuhl stand in einem fensterlosen Raum im Erdgeschoß des Turmes[22].

Von der Unzweckmäßigkeit des Reilschen hohlen Rades, das gleichfalls beschafft war, überzeugte man sich gleich beim ersten Versuch seiner Anwendung und schaffte es auf den Speicher, wo es seitdem unbenutzt stand. Die Stehmaschine ward im ganzen bei 5—6 Kranken angewendet, aber dann auch auf die Seite geschafft. Der Drehstuhl wurde im ganzen in etwa 16—18 Fällen versucht, keineswegs aber mit einem Erfolge, der den Verheißungen seiner

Lobpreisungen entsprach [23]. Zum Gebrauch von Zwangsmasken, Fallhüten, Zwangsfütterung, Zwangskorb — letzterer in Anwendung bei Entweichungen und Widersetzlichkeit — hatte man sich seit 1836 ebenfalls nicht mehr genötigt gesehen, also vorher jedenfalls benutzt. Trotzdem fand *Mahir* bei seinem Besuch 1844 noch sehr viele Zwangs- oder mechanische Beschränkungsmittel, Zwangsstühle, Zwangsgilets, Hand- und Fußriemen und Ringe, eiserne Kettchen und Kopfkörbe, Bett- und Stuhlgurten; ebenso *Rüppell* 1852 [24].

Eins der wichtigsten und in späteren Jahren beständig in Anwendung kommendes Erziehungsmittel war die Versetzung in eine andere Abteilung [25].

In der in der Krypta untergebrachten Badeanstalt befanden sich für Männer sechs, für Frauen vier aus Backsteinen gemauerte und mit Traß sorgfältig geglättete Badewannen, dazu das Sturzbad, das Regenbad, die Strahl- und Kopfdusche und eine Einrichtung für Dampfbäder [26]. Die Badewannen waren nicht mit Deckel versehen [27].

Über die Anwendung der Kaltwasserkuren, deren wohltätige Wirkung gegen körperliche Leiden *Jacobi* bei einer Kur auf dem Marienberge an sich selbst erfahren hatte, berichtet *Finkelnburg*. Die kalten Vollbäder hatten 1—3 Minuten, in seltenen Fällen auch 10 Minuten Dauer, und bisweilen erfolgte ein mehrmaliges Untertauchen mit dem Kopfe [28].

Der Wunsch *Jacobis* nach elektrischer Behandlung erfüllte sich erst, als die Ärzte der Rheinprovinz und seine Verehrer ihm anläßlich seines 70. Geburtstages außer einer Adresse einen Neefschen elektromagnetischen Apparat überreichten, wofür *Jacobi* öffentlich dankte [29]. Eine Voltasche Säule war schon 1828 beschafft worden.

Bärte zu tragen, war den Kranken in der Anstalt nicht erlaubt, teils der Reinlichkeit wegen, teils „weil dadurch der volle Gesichtsausdruck verdeckt werde“ [30].

Eine eigene Hausapotheke wurde nach erfolgter Genehmigung durch den Oberpräsidenten (15. III. 1843) am 1. VIII. 1843 eröffnet und mit ihrer Führung der nunmehr genehmigte zweite ärztliche Assistent beauftragt, dessen Anstellung *Jacobi* schon 1839 gefordert hatte. 1852 wurde ein besonderer Apotheker eingestellt.

Der Antrag *Jacobis* um Bewilligung von 200 Taler für eine Handbibliothek wurde aus Sparsamkeitsgründen abgelehnt (Januar 1825) und wurde zunächst auf Benutzung der Universitätsbibliothek Bonn hingewiesen, was diese indessen ablehnte; schließlich legte der Minister

ihm nahe, durch zufällige Einnahmen bei der Anstalt, Geschenke von Ärzten und Schriftstellern eine angemessene Bibliothek bei der Anstalt zu begründen [31]. Seit 1833 wurden für die Bibliothek jährlich durchschnittlich 124 Taler verausgabt.

Beschäftigung.

Die von der modernen Psychiatrie als eine Errungenschaft der Neuzeit beanspruchte Beschäftigung der Kranken hat in Siegburg von Beginn an Anwendung gefunden. Schon im Erläuterungsbericht zum ersten Besoldungsetatsentwurf (1822) weist *Jacobi* darauf hin, daß der Verwalter sich genötigt sehen werde, zur Erledigung seiner rechnerischen und schriftlichen Arbeiten häufig den Beistand fähiger Rekonvaleszenten in Anspruch zu nehmen, und bei den Dienstleistungen der Mägde, Knechte und des Torstehers sei sehr auf die von den Irren zu erwartende Beihilfe zu rechnen, indem man sonst mit einem so beschränkten Personal bei der Größe der Anstalt und der Art, wie sie bestehen solle, nicht ausreichen werde [32]. Garten- und Feldarbeit fand in Siegburg weitgehende Anwendung, soweit es die beschränkten Raumverhältnisse auf und an dem Berge gestatteten. So ließ *Jacobi* gleich in den ersten Jahren den abständigen Aufwuchs durch 1200 Obstbäume und ebensoviele Zierbäume der verschiedensten Art durch seine Kranken ersetzen. Beschäftigung im Freien mit einfacher anstrengender Arbeit sei für die Genesung der Kranken höchst wirksam, schrieb *Jacobi* (1828); man müsse dabei individualisieren; dann finde der Intelligenteste und der Unfähigste geeignete Arbeit; mehrere Professoren der medizinischen Fakultät zu Heidelberg hätten infolgedessen gelegentlich ihres Besuches zu ihm geäußert: „Man sieht alles bei Ihnen auf das Schönste, nur keine Irren!“ [33]. Der von *Jacobi* in Siegburg vorgefundene Weinbau wurde bald eingestellt, da er in vier Jahren nur einen Reingewinn von 10 Sgr. 11 Pf. eingebracht hatte (1829). 1826 wurden zwei Webstühle, 1833 ein Seilspinnapparat angeschafft. 1834 berichtet *Jacobi* mit Bedauern, daß zum Holzsägen nur ein beschränkter Raum für 4—5 Paare in einem Keller vorhanden sei, daß auch in der Schreinerwerkstätte nur wenige Kranke beschäftigt werden könnten, und daß die sog. kleineren Handarbeiten, wie Mattenflechten, Korbmachen und Roßhaarzupfen in den Wohnzimmern verrichtet würdenn. [34] In einem späteren Verwaltungsbericht wird noch vom Spinnen von Flachs und Werg und von Papp- und Buchbinderarbeiten berichtet. Einen Hauptteil der schweren Differenzen zwischen *Jacobi* und seinem ersten 2. Arzt Dr. *Bird* (s.

unten) bildete auch die verschiedene Ansicht über das Maß der körperlichen Arbeit, die den Kranken zugemutet werden konnte und ihrem Zustande angemessen und zuträglich schien. *Jacobi* ging in der Zumessung schwerer körperlicher Arbeit aus therapeutischen und disziplinaren Gründen — wie Wassertragen und Schubkarrenarbeit — sehr weit, was *Bird* als inhuman und gesundheitsschädlich entschieden verwarf.

Unterhaltung.

Schon vor Beginn seiner irrenärztlichen Tätigkeit (1825) schildert *Jacobi* [35] als das Ideal eines Irrenarztes den Arzt, der sich u. a. bei der Krankenbehandlung ausschließlich von Liebe, Wohlwollen und Mitleid leiten lasse. Dementsprechend nimmt auch *Jacobis* Fürsorge und Interesse für die Unterhaltung der Kranken einen breiten Raum ein. Schon in den ältesten Etats bis 1829 finden sich Positionen: Geschenke zur Aufmunterung der Irren 50 Taler, Ergötzung derselben außerhalb der Anstalt 60 Taler und 1833 waren oder wurden beschafft: ein Kontrabaß, zwei Klarinetten, Fagot, Flöte, Hörner und eine Drehorgel mit auswechselbaren Walzen. Schon 1829 wurde von ihm die Einrichtung einer Kegelbahn und einer Reitmaschine beantragt, weit dringender aber die Erbauung einer Kirchenorgel verlangt. Der Antrag auf Verlegung der Kegelbahn mußte 1847 mit „Rücksichten der Humanität" begründet, von ihm wiederholt werden. 1834 berichtet er von einem Belustigungsplatze, wo in der Nähe einer offenen Hütte mit Sitzen die Vogelstange und die Schaukel stehe und in kurzem auch ein Karussel aufgerichtet werde [36]. Im Gesellschaftszimmer standen ein Fortepiano und eine Stoßkegelbahn; doch beklagt er noch das Fehlen von Sammlungen von naturhistorischen Gegenständen, Kupferstichen und Gemälden in den Krankenzimmern und Korridoren. Es wurden gemeinsame Ausflüge zu Fuß, zu Pferd und zu Wagen gemacht und zur Unterhaltung der Frauen auch gelegentlich die Esel verwendet. Ein Lehrer gab Gesangunterrichtsstunden. 1844 wurde für 500 Taler eine Flußbadeanstalt angelegt.

Jacobi gehörte zu den deutschen Ärzten welche zuerst ein Beispiel davon gaben, wie man ein ganzes, auf alles Gewöhnliche verzichtendes Leben im Umgang mit Seelenkranken aufgehen lassen konnte und sollte; die Irrenanstalt wurde unter ihm ein Asyl mit der Idee des patriarchalischen Gemeinwesens als Basis [37]. Er liebte es, mehrmals wöchentlich geeignete Rekonvaleszenten zum Mittagessen bei sich zu sehen und verstand es, alle Bewohner der

Anstalt zu einem gemeinsamen Großen zu vereinigen und alle Freud und Leid miteinander teilen zu lassen. So liegen mir humoristisch gehaltene Programme einer Fastnachtsfeier und eines Theaterabends vom Sommer 1844 vor, auf dem man Molières „Arzt wider Willen" aufführte. Das 50jährige Doktorjubiläum *Jacobis* am 2. März 1847 wurde beschlossen mit einer vorwiegend für die Kranken bestimmten Feier mit musikalischen und theatralischen Aufführungen, Illumination und Feuerwerk. Zu einer gleichen Feier, einem Anstaltsfest im engeren Kreise, gab das 25jährige Bestehen der Anstalt am 1. Januar 1850 Anlaß. Ein gemeinsames Mahl vereinte die Beamten mit ihren Familien und einem Teil des Warte- und Dienstpersonals und der Kranken; „Die Gabe des Bachus, wie sie die Südseite des Berges hervorbringt, roter Siegburger 1849er, erheiterte die Gemüter; alles war in der frohesten Laune von der Welt. Dem Kaffee folgte die in der Anstalt so sehr beliebte Belustigung des Puppentheaters; ein Prolog hob noch einmal die Bedeutung des Tages hervor; dann behaupteten „Hännes-chen und Bestevader" ihr Recht und dann nahm die Anstalt die beste Laune von der Welt mit ins Bett" — so berichtet darüber der II. Arzt der Anstalt [38]. — Auch das 60jährige Doktorjubiläum *Jacobis* am 21. III. 1857 sah eine ähnliche Feier [39].

Am 29. Oktober 1833 war der Kronprinz (der spätere König Friedrich Wilhelm IV.) auf der Durchreise von Köln nach Bonn in der Stadt Siegburg anwesend, nahm Aufenthalt und wurde entgegen seinem Wunsche bewirtet. Die Anstalt scheint dafür mit einem neuen Außenanstrich versehen zu sein; es wurden veranlaßt, durch diesen Besuch, für Ölanstrich und Weißbinderarbeiten 115 Taler 1 Sgr. 6 Pf. ausgegeben.

Seelsorge.

Als 1812 die durch die Kriege verarmte Stadt Siegburg die Regierung gebeten hatte, ihr die Einrichtung der Abteikirche unentgeltlich zu überlassen, war die Regierung zur Veräußerung geschritten. Der Rentmeister steigerte für sich die Turmuhr an, andere Bemittelte die Kirchenbänke. Die Orgel kam nach Eitorf, die Glocken nach Düsseldorf. Den Reliquienaltar konnten sich die Siegburger für ihre Pfarrkirche annektieren [40].

Bei Übernahme der Abtei durch die Anstalt war das Gotteshaus also aller kirchlichen Einrichtungen und jeglichen Schmuckes beraubt. In *Jacobis* Beschreibung der Anstalt 1834 erwähnt er indessen schon wieder die Kanzel, den einfachen Altar, der mit vier großen eisernen

Leuchtern von trefflicher Arbeit und einem großen eisernen Kruzifix, beides aus der Sayner Eisengießerei, geschmückt sei, einige größere Gemälde aus der Leidensgeschichte und eines Positivs, das notdürftig die fehlende Orgel ersetzen müsse.

Für die Irren, welchen besonders das erste Erscheinen in der Kirche nachteilig werden könnte, wenn sie vielleicht lange vorher sich nicht in größerer Gesellschaft befanden, sollte im Chor der Kirche eine vergitterte Loge eingerichtet werden [41].

Von Anfang an war die Kirche zum Simultan-Gottesdienst bestimmt und diente der kleinen evangelischen Gemeinde der Stadt Siegburg auch als Pfarre.

Ein besonderer katholischer Anstaltsgeistlicher war vom 1. II. 1829, ein evangelischer vom 11. V. 1829 an angestellt.

Am 4. I. 1842 erhielt die evangelische Gemeinde zu Siegburg ihre synodale Konstitution; sie benutzte aber zu ihrem Gottesdienst auch weiter die Anstaltskirche und stand unter Leitung des Anstaltsgeistlichen als Pfarrverweser. 1859 wurde die Stadtgemeinde von der Irrenanstalt ganz abgetrennt und erhielt einen eigenen Pfarrer; 23. VI. 1879 wurde ihre eigene Kirche in der Stadt eingeweiht. 1858 beantragte die Verwaltungskommission, weil nur eine Glocke vorhanden sei, die Beschaffung eines würdigen Geläutes; der 13. Landtag lehnte es aber ab, weil andere notwendige Ausgaben vorlägen, auch die Tragfähigkeit des Turmes für größere Lasten zweifelhaft sei.

Den Geistlichen gewährte *Jacobi* für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Gottesdiensten, Messen, Andachten und Erbauungsstunden weitesten Spielraum, ließ sie an seinen Krankenbesuchen teilnehmen und verteidigte sie auf das Entschiedenste gegen die von anderer Seite, besonders von *Nasse* gegen die psychiatrische Mitarbeit der Geistlichen erhobenen Angriffe, indem er ihnen bezeugte, daß „nach seinen Erfahrungen in der Regel die dem Dienste der Siegburger Anstalt sich widmenden Geistlichen sehr bald auf den allein richtigen anthropologischen Standpunkt versetzt werden und sich dem hiervon ausgehenden ärztlichen Streben enge anschließen“ [42].

Die erbitterten Kämpfe, welche jahrelang im Provinziallandtage um die Übergabe von Pflege und Wirtschaft der Anstalt an Ordensschwestern geführt wurden (s. unten) und auch in den ärztlichen, politischen und konfessionellen Zeitungen eingehend erörtert wurden, scheinen auf das Anstaltsleben nicht ernstlich übergegriffen zu haben. Jedenfalls konnte auf der Feier von *Jacobis* 60jährigem Doktorjubiläums (21. III. 1857) ein früherer katholischer Anstaltsgeist-

licher (1829—1834), Professor Hilgers in Bonn, in einer Ansprache die Verdienste *Jacobis* um Pflanzung und Erhaltung des religiösen Lebens und des kirchlichen Friedens in der Anstalt rühmend hervorheben [43].

Für die israelitischen Kranken wurde eine religiöse Fürsorge durch Einrichtung einer wöchentlichen Unterrichts- und Gebetsstunde erst Ende 1868 getroffen [44].

Verwaltung und weitere Entwickelung.

Schon unter der französischen Regierung hatten Bestrebungen zur Hebung des Irrenwesens im Rheinlande stattgefunden, indem u. a. Lustbarkeitsabgaben für Irrenzwecke zur Verfügung gestellt wurden; doch war es nicht zu einer systematischen Organisation gekommen. Es war Entschließungen der preußischen Staatsregierung vorbehalten, zweckentsprechend vorzugehen.

Wie oben ausführlich berichtet, wurden die Vorarbeiten von den Oberpräsidenten der drei Provinzen Westfalen, Cleve-Berg und Niederrhein, vom Jahre 1822 an allein von dem noch zuständigen Oberpräsidenten in Koblenz betrieben.

Unterm 5. VI. 1823 wurde das Gesetz wegen Anordnung der Provinzialstände für die Rheinprovinzen erlassen, und die Irrenanstalt war das erste Unternehmen, das in den Kreis der ständischen Verwaltungsgeschäfte einbezogen werden sollte; doch mußten bis zur endgültigen Regelung noch mehrere Jahre vergehen.

Das nächste Ergebnis war eine Anregung des Oberpräsidenten, die neugeplante Irrenanstalt wegen der zu erwartenden Schwierigkeiten auf die Rheinprovinzen zu beschränken, während bis dahin eine gemeinsame Heilanstalt für Rheinland und Westfalen in Aussicht genommen war (22. 5. 1823) [45]. Ausgedehnte Verhandlungen wurden gepflogen über die Aufbringung der Kosten, und schließlich durch Kabinettsordre vom 27. IX. 1823 genehmigt: „daß die ersten Einrichtungskosten in Höhe von 75 000 Taler mittelst eines Zuschlags zur Grundsteuer von den Eingesessenen der Rheinprovinzen unter vorläufiger Verteilung auf 3 Jahre aufgebracht würden; die Beratung über die Zuschüsse zu den Unterhaltungskosten möge dagegen den Ständen der Provinz vorbehalten bleiben, deren Zusammentritt nicht mehr ferne sei [46]".

Ohne daß hierüber weitere Entscheidungen getroffen waren, war nun die Anstalt am 1. Januar 1825 eröffnet. Erst 20. Mai 1825 reichte der Oberpräsident dem Minister den Entwurf eines Regulativs über Ein-

richtung und Verwaltung der Anstalt Siegburg ein, der den Ständen im Herbst vorgelegt werden sollte, und obwohl der König diesen Entwurf am 4. IX. 1825 genehmigt hatte, gelangte er erst auf eine Erinnerung des Oberpräsidenten vom 3. V. 1826 an diesen zurück.

Der erste rheinische Landtag beriet über ihn und gab ihn mit seinen Abänderungsvorschlägen zurück und verfaßte eine Eingabe an den König (5. I. 1827), in welcher er besonders betonte, daß die Einrichtung der Anstalt selbst auf einem zu großen Fuße vorgenommen und auch der Haushalt zu kostspielig aufgestellt sei, besonders der Speise-, Heizungs- und Beleuchtungs-Etat; der König möge der durch das Reglement vorgesehenen Verwaltungskommission befehlen, mit der größten Sparsamkeit zu wirtschaften. Diese Verwaltungskommission wurde durch den Landtagsabschied vom 13. VII. 1827 genehmigt. Sie sollte aus vier Mitgliedern bestehen, von denen zwei vom Landtag aus seiner Mitte zu wählen waren; der Oberpräsident ernannte die beiden andern, darunter einen Medizinalbeamten und auch den Vorsitzenden. Die entscheidende Stimme besaß demnach die Regierung. Der Oberpräsident übte die Aufsicht aus, die Regierung stellte die Etats auf und kontrollierte die Rechnung. Dem Landtag wurden Übersichten der Verwaltungsresultate vorgelegt [47].

Der Landtag hatte sich bei seiner oben erwähnten Eingabe vom 5. I. 27 an den König auf ein Gutachten gestützt, das ein von ihm eingesetzter besonderer (VII.) Ausschuß erstattet hatte, und das an Kleinarbeit nichts zu wünschen übrig ließ. Es tadelte u. a., daß für die Heizung 200 Tage im Jahr vorgesehen seien; 150 Tage wären aber vollkommen hinreichend. Es habe auffallen müssen, daß dem Direktor 11 Räume, dem Verwalter 6 große Räume, dem Pförtner, Gärtner und Dachdecker je 6 Räume während der 200 Tage tüchtig geheizt würden; in verständigen bürgerlichen Privatwohnungen würden außer der Küche gewöhnlich Winters nur zwei Öfen geheizt. — Ebenso sei es zu reichlich, wenn dem Direktor täglich während 200 Tage 1 Pfund Talglicht, dem Verwalter für die Geschäftsstube jeden Monat 8 Pf., dem Ökonomen und dem Wundarzt monatlich 5 Pf. Talglicht verabreicht würden. — Ein Abgeordneter, Graf Hatzfeld, ging in seiner abfälligen Kritik über die bisherige Geschäftsführung so weit, daß er zu Protokoll gab, er könne zu der ferneren Beibehaltung der Siegburger Anstalt auf Kosten der Provinz seine Zustimmung nicht geben; er bestritt die Notwendigkeit ihres Bestehens unter Hinweis auf die in Düsseldorf, Köln, und Neuß bestehenden Irrenanstalten und ebenso die Nützlichkeit, weil das Fortbestehen der Irrenheilanstalt zu Siegburg

die übrigen Anstalten zu Kerkern verurteile und die darin Aufbewahrten zum lebenslänglichen Unglück und zur lebenslänglichen Rettungslosigkeit, „mit einem Wort zum moralischen Tode"; er beantragte: „Se. Majestät den König zu bitten, die Anstalt entweder in ein Korrektionshaus oder in eine Armenanstalt zu verwandeln". — Der Landtag versagte diesem Antrage seine Zustimmung [48].

In der Eingabe vom 5. I. 1827 hatte der Landtag ebenfalls den König gebeten, er möge die Provinz von der ihr auferlegten Verpflichtung entbinden, ein Landwehrzeughaus zu erbauen als Ersatz für dessen bisherige Unterbringung in der Abtei Siegburg. Der Minister von Altenstein befürwortete das Gesuch (28. II. 27), aber der Kriegsminister schlug vor, es möchten anstelle der jetzt ihm auferlegten Zeughausbaukosten einige Freistellen für Militärpersonen in Siegburg fundiert werden. Die Verwaltungskommissien der Anstalt lehnte indessen dies Anerbieten ab, weil dann „das gnädige Geschenk Sr. Majestät in ein zu beinahe 6% verzinsliches Darlehn umgewandelt wird und die durch das Geschenk anerkannte und gutgeheißene Sparsamkeit der Stände nicht erreicht wird". Durch den Landtagsabschied vom 15. VII. 1829 wurde endgültig der Provinz die Aufbringung der Kosten für ein neu zu errichtendes Zeughaus erlassen [49].

Obwohl die Anstalt Platz bot für 200 Kranke, wurden infolge der einschränkenden Bestimmung, daß nur heilbare Kranke aufgenommen werden sollten, im ersten Jahre nur 48 Kranke der Anstalt zugeführt, und auch in den folgenden Jahren hob sich die Aufnahmeziffer nicht wesentlich. Das rechnerische Ergebnis war infolgedessen äußerst ungünstig. Da nun auch die Verhandlungen wegen Mitbenutzung der Irrenheilansalt Siegburg durch die Provinz Westfalen sich zerschlagen hatten, indem eine westfälische Kommission 23. II. 1828 endgültig unter Hinweis auf die vorhandene Anstalt Marsberg, den Ort Marsberg und den seit 14 Jahren mit gutem Erfolg und zu allgemeiner Zufriedenheit dort tätigen Direktor Ruer diese Verbindung ablehnte [50], beschloß der zweite Provinziallandtag, um die Belegungsziffer und damit die Einnahmen zu erhöhen, am 9. VI. 1828, auch unheilbare Kranke aufzunehmen: „es versteht sich aber von selbst, daß, um nicht den Zweck einer Heilanstalt selbst zu verfehlen, ein besonderer Raum für die unheilbaren Kranken eingerichtet werden müsse". Unterm 15. VII. 1829 erhielt dieser Beschluß die Genehmigung des Königs.

Dem im Jahre 1830 zusammentretenden Provinziallandtag erstatteten die zur Verwaltungskommission gewählten Abgeordneten

von Herwegh und Koch unterm 6. VI. 1830 einen eingehenden Bericht über das bisherige Ergebnis der Verwaltung, und die vom 5. Ausschuß erneut aufgeworfene Frage, ob die Art, wie die Anstalt bisher verwaltet worden sei, zu billigen wäre, wurde vom Landtag einstimmig bejaht; auch fand der Landtag an der Rechnungslegung über die Jahre 1826 bis 28 nichts wesentliches zu erinnern. Der Landtag beschloß die Drucklegung dieses Berichts, die seitdem als „Bericht der Verwaltungs-Kommission" regelmäßig erfolgte.

Im gleichen Jahre verlangte der Minister einen Bericht über die Erfolge der Anstalt, „um sie dem preußischen Publico ehemöglichst durch die Staatszeitung bekannt zu machen". *Jacobi* lehnte eine genaue Aufstellung über die durchschnittliche Dauer der Kuren ab, weil für gemischte Anstalten solche „gänzlich illusorisch und nichtig seinen, da die Grundsätze der Ärzte bei den Entlassungen sehr verschieden seien"; er überreichte dem Minister den ersten Band seines Werkes über die Wirksamkeit der Anstalt Siegburg (10. V. 1830), woraus dieser Weiteres entnehmen könne.

Der Bericht, den *Jacobi* über die Jahre 1825—29 der Verwaltungskommission erstattete, enthält zahlreiche Wünsche nach Verbesserungen: Vergrößerung der Abteilung für Unruhige, Änderung der Luftheizung und Wasserversorgung, die sich als völlig unzureichend erwiesen hatten, Einrichtung von Werkstätten und von Wohnungen für die Geistlichen, Herstelllung von Trockenböden, Fensterläden und Doppelfenstern.

*Jacobi*s Vorschlag, die Abteilung der Tobenden durch weitere Zellen in einem aufzusetzenden Stockwerk zu vergrößern, wurde vom Ministerium dem dirigierenden Arzte der Irrenabteilung in der Charité Ideler zur Begutachtung vorgelegt, der sich gegen Zellen und für die Behandlung der Tobsüchtigen in gemeinschaftlichen Zimmern aussprach. Auf den Protest *Jacobi*s und der Verwaltungskommission (November 1831) traten Langermann und Damerow, der damals wissenschaftlicher Hilfsarbeiter im Ministerium war, *Jacobi*s Ansicht bei, weil Ideler von der Idee ausginge, daß die Zellen zum beständigen Aufenthalt bestimmt seien; faktisch seien aber dazu vor den Zellen liegende heizbare Zimmer bestimmt und die Zellen nur für die Rasenden und nur nachts (VII. 1832).

Auf dem 4. Landtag des Jahres 1833 (12. XII.) erfuhr der Direktor *Jacobi* durch den Abgeordneten Brüninghausen einen zweiten, aber persönlich noch schärferen Angriff als im Jahre 1826. Brüninghausen sagte: „Schon bei dem ersten Landtage habe ich bemerkt, daß die An-

stalt Siegburg ein Schaden sei, der jährlich zunehmen werde. — Die von uns gewählte Kommission kann uns über die eigentliche Wirkung der Anstalt nichts mehr sagen, als was der Direktor ihnen zu sagen für gut hält; ja, soviel ich verstanden, ist es den Herren Kommissaren kaum gestattet, ins Innere des Hauses einzutreten, noch weniger das Wirken derselben zu beobachten. Soll man der Meinung des Publikums über diese kostspielige Anstalt nur im Geringsten vertrauen, so sollte man wünschen, der Sache je eher je lieber ein Ende zu machen. Wegen der jährlich steigenden Lasten wäre es das Zweckmäßigste, sie ganz aufzuheben, — Sollte es nicht zweckmäßig sein, eine Untersuchungskommission anzuordnen oder die gegenwärtige Kommission mit ein paar kühnen Mitgliedern zu verstärken, die den Eingang in das Heiligtum forcieren und durch die Untersuchung der örtlichen Umstände und vermittelst Korrespondenz mit den Ortsbehörden, wo die Genesenen sich befinden, eine förmliche Relation über die Wirkung der Anstalt dem nächsten Landtage vorlegen".

Diese Behauptungen wurden von anderen Abgeordneten bestritten und dem Direktor das Zeugnis ausgestellt, daß er ihren Wünschen immer mit der größten Bereitwilligkeit entgegengekommen sei. Der Landtag versagte daraufhin auch dem Brüninghausen'schen Antrag seine Zustimmung.

Gleichzeitig spielte sich eine das innere Anstaltsleben angehende unliebsame Angelegenheit ab.

Auf dringende Empfehlung des Direktors *Jacobi* war Dr. *Bird* zur definitiven Anstellung als zweiter Arzt in Vorschlag gebracht worden und am 1. Januar 1830 auch als solcher bestellt, und zwar hatten einige kleinere psychiatrische Aufsätze seine Berufung veranlaßt. Aber schon einige Monate nach seinem Eintritt bildete sich ein unerfreuliches Verhältnis zwischen ihm und dem Direktor. Im Gegensatz zu diesem, welcher mehr ein System der Strenge und der pädagogischen Einwirkung verfolgte, vertrat *Bird* in der Irrenbehandlung das Prinzip äußerster Milde. Beide verrannten sich in ihren Anschauungen bis zum Extremen, sodaß ein ferneres Zusammenwirken unmöglich ward. Die Verhandlungen darüber beschäftigten jahrelang die Verwaltung und Landtag. Dem Verwaltungsbericht für 1836 fügte *Jacobi* einen ausführlichen Bericht über Dr *Bird*, sowie ein eingehendes Gutachten über Gestaltung und Handhabung des ärztlichen Dienstes in einer Irrenanstalt bei.

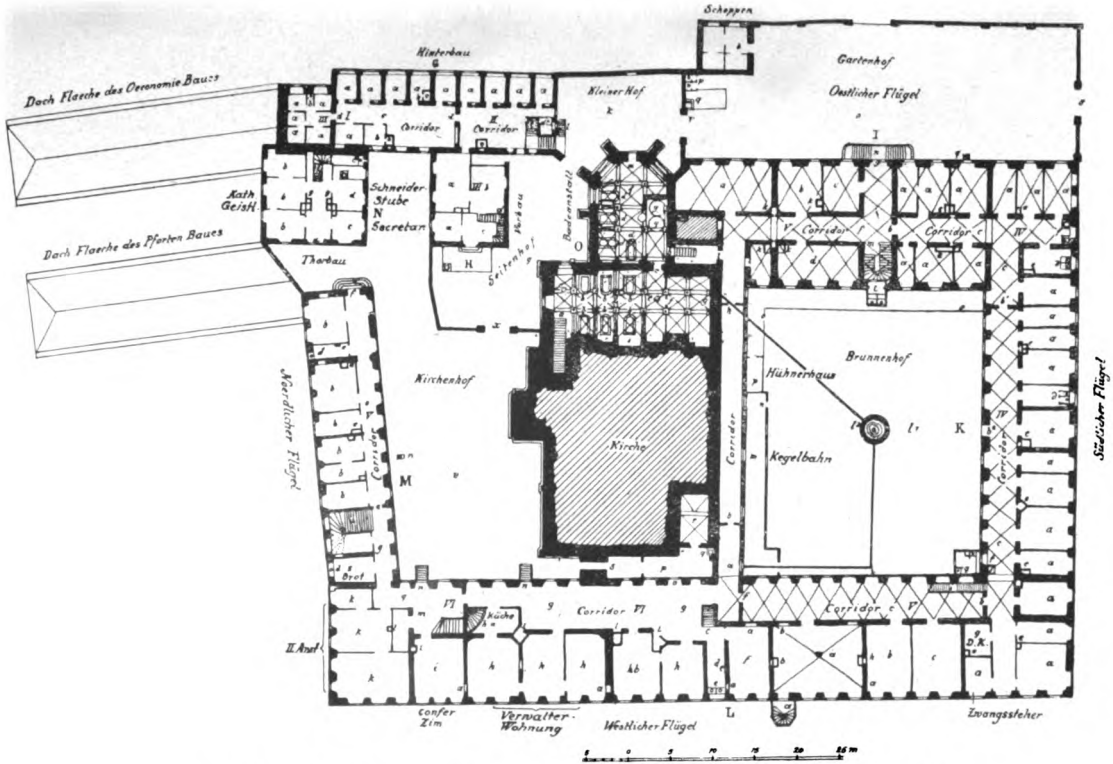
Er schreibt:

„In einer Irrenanstalt, in welcher das Gedeihen der ärztlichen Be-

handlung in einem so weit höherem Maße als in jeder anderen Krankenanstalt und in vielen Fällen sogar ausschließlich auf dem moralischen und geistigen Einfluß des Arztes auf das Vertrauen, die Ehrfurcht, die er dem Kranken einflößt, gestützt sein muß, wo ohne folgerechte Disziplin und durchgreifende Einheit in der Behandlung, die gewünschte Einwirkung auf eine so große Masse unmöglich zu erzielen ist, kann selbstredend nichts verderblicher sein, als wenn den Kranken offenbar wird, daß sie zwei Ärzten von grundverschiedenen Ansichten und von ebenso verschiedener Sinnesart übergeben sind, von denen der eine verwirft und verspottet, was der andere verordnet, von denen der eine den andern in den Augen der Kranken verdächtig zu machen trachtet und ihm die schlechtesten Motive seines Verfahrens unterschiebt. — Zwar möchte man nach einer oberflächlichen Ansicht sagen, die Wissenschaft und die Kranken würden vielfältig nur dabei gewinnen, wenn verschiedene ärztliche Ansichten sich hier geltend machen könnten und man müsse nur die Wirkungssphären der voneinander dissentierenden Ärzte hinlänglich scheiden, um den aus ihren verschiedenartigen Grundsätzen hervorgehenden nachteiligen Einfluß auf die Kranken zu beseitigen. Doch verkennt man alsdann völlig das Wesen einer Irrenanstalt. Denn wenn es auch weise und die Wissenschaft fördernd sein mag, Ärzten von verschiedenen wissenschaftlichen Ansichten, verschiedene Institu e anzuvertrauen, und wenn es selbst auch sehr gut angeht, daß in andern Krankenhäusern einzelne getrennte Abteilungen derselben verschiedenen Ärzten ausschließlich übergeben werden, wie es z. B. in der Charité zu Berlin, in den allgem. Krankenhäusern usw. der Fall ist, so kann dies nie in einer Irrenanstalt in Anwendung kommen, wo das Heil der Behandlung so sehr auf jener, das Ganze beherrschenden Einheit des Geistes und der Grundsätze beruht, wo die einzelnen Kranken, der Beschaffenheit ihres Zustandes nach, immer von einer Abteilung in die andere übergehen, wo die verschiedenen Kranken es immer vor Augen haben, wie der eine Arzt in Bezug auf Diät, Beschäftigung, Zurechtweisung, psychische Leitung und das ganze ärztliche Verfahren in einem durchaus anderen Sinne verfährt als der andere." —

Erst 1837 wurde auf Befürwortung des 10. Ausschusses (2. VI. 1837) vom Provinziallandtag nach vorausgegangener mehrjähriger Beurlaubung die Pensionierung *Birds* mit vollem Gehalt vom 30 Juni 1834 an beschlossen: der Wiedereintritt des Dr. *Bird* müsse als ein großer Nachteil für die Anstalt betrachtet werden, da er theoretisch, und praktisch, selbst psychisch und körperlich nicht fähig sei, sein Amt

Grundriß der ersten Etage der Heilanstalt.



Zu „Herting, Irrenanstalt Siegburg" aus „Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie" Bd. LXXXI.

Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin.

zu versehen. — Aus den gleichzeitigen Ständehausakten [51] entnehme ich aber auch, daß das unerfreuliche Verhältnis teils durch die unrichtige Ansicht, die *Bird* über seine Stellung in Siegburg mitgebracht hatte, entstanden sei, teils durch manche Kränkungen, die er bereits in den ersten Monaten von dem Direktor zu erdulden gehabt hatte.

Eine spätere Kritik (1875) lautete: Wenn auch heute der Standpunkt *Jacobis* fast allgemein verlassen ist, so fällt doch in diesem Streit auf *Bird* insofern ein gerechter Tadel, als er durch die Leidenschaftlichkeit seiner Opposition nicht bloß das so notwendige gedeihliche Zusammenwirken der ärztlichen Kräfte gänzlich aufhob, sondern auch direkt störend auf eine ruhige, ordnungsmäßige Leitung des Asyls einwirkte [52].

Bird lebte seitdem als prakt. Arzt und Privatgelehrter in Bonn und starb dort 19. III. 51.

Im übrigen scheinen diese und die nächsten Jahre ohne größere Beunruhigung vergangen und zu mancherlei baulichen Verbesserungen verwendet worden zu sein. Im Oktober 1837 besuchte der Oberregierungsrat Behrnauer als Kommissar des Ministers die Anstalt und berichtete u. a., daß inzwischen das zweite Stockwerk für Tobende errichtet, und ein geräumiger Hof für die unruhigen Frauen in ein freundliches Gärtchen umgewandelt sei; das neue, durch Pferde betriebene Pumpwerk liefere völlig dem Bedürfnis genügendes Wasser; die Sauberkeit, durch die die Anstalt schon immer für sich eingenommen habe, habe noch zugenommen; das anatomische Kabinett sei dürftig, und der Grund davon liege nach *Jacobis* Versicherung darin, daß das Vorurteil der Geistlichen geschont werden müsse, die es nicht zulassen möchten, wenn die Kadaver erheblich spoliiert würden; so könnten die Schädel der Verstorbenen als die gerade interessantesten Körperteile nicht für das Kabinett zurückbehalten werden. — *Jacobi* selbst erscheine ihm in seiner vollkommneten Schöpfung heiterer, mitteilender, liebenswürdiger als vor 7 Jahren; wesentlich möchte beitragen, daß kurze Zeit vorher durch den Beschluß der Stände Dr. *Bird* gänzlich aus seinem Verhältnis zur Anstalt ausgeschieden sei; seine Stelle bekleide jetzt Dr. *Richarz*, ein klarer, milder und ernster Mann, der mit *Jacobi* im Einverständnis lebe, aber doch nicht ohne Selbständigkeit zu sein scheine.

Behrnauer regte die Verleihung einer Auszeichnung an *Jacobi* an und Minister Allenstein, der die Anstalt ebenfalls besucht hatte, ließ *Jacobi* ein höchst anerkennendes Schreiben zuteil werden (7. XII. 1837).

Schwere Konflikte.

Neue und gefahrdrohende Stürme erhoben sich im Jahre 1841. Auf dem 6. Provinzial-Landtag im Juli 1841 kam es erneut zu heftigen Angriffen auf *Jacobi* und seine Dienstführung, die er in einer 52seitigen Verteidigungsschrift[53] abzuwehren suchte, und die u. a. auch einen seiner früheren Ärzte zu einer gleichsinnigen Schrift[54] veranlaßten. Man fand die Ausgaben beträchtlich zu hoch und mit den Leistungen durchaus nicht im Verhältnis stehend, besonders sollten auch die Angaben über die als geheilt Entlassenen vielfältig auf Täuschung beruhen; man schlug daher vor, die Anstalt entweder aufzuheben oder wenigstens vollständig umzugestalten, dahin, daß die Stellen für Heilbare auf 100 zu verringern und die übrigen Stellen mit Unheilbaren zu besetzen seien. Für *Jacobi* bedeutete das eine herbe Enttäuschung; nach seiner Ansicht konnte und sollte Siegburg nur reine Heilanstalt bleiben, konnte er sich doch auf die Erfolge seiner 16jährigen Wirksamkeit stützen; er schrieb (s. oben), daß Siegburg sich unter den Fachgenossen eines immer steigenden, selbst europäischen Rufes erfreue, daß die Einrichtungen und die Grundsätze der Krankenbehandlung von weitgehendstem und wohltätigstem Einfluß auf alle seitdem neu gegründeten Anstalten gewesen seien, und daß eine große Reihe von Männern, die zur Leitung von Anstalten bestimmt gewesen seien, wochen- und monatelang in Siegburg Aufenthalt genommen hätten; sie seien alle mit der Versicherung geschieden, „daß sie in so vieler Beziehung hier mehr wie sonstwo ein Muster der Nachahmung gefunden hätten und zu höherem Streben belebt worden seien".

Mit trefflichen, auch jetzt noch lesenswerten Worten und kräftigen Schlägen wehrt er die Angriffe ab, die gegen die Wirtschaftsführung gerichtet sind und von einer Krankenanstalt eine Rentabilität erwarten.

Jacobi, der durch jene Beschlüsse das Wohl der Anstalt wesentlich bedroht sah, erbat unter Überreichung seiner Verteidigungsschrift eindringlich Schutz des Ministers Eichhorn (7. IX. 1841), und dieser erteilte *Jacobi* zu seiner Beruhigung die Versicherung, daß er der ersten und ältesten Irrenheilanstalt des Staates, der höchsten Wohltätigkeitsanstalt der Rheinprovinz, seinen besonderen Schutz zur Aufrechterhaltung ihres wesentlichen Zweckes gern angedeihen lassen werde; da die Provinzialstände bisher die weiteren Erörterungen über die der Anstalt etwa zu gebenden anderweitigen

Einrichtungen dem nächsten Landtag vorbehalten und für letzteren Zweck zwar eine besondere Untersuchungskommission ernannt, Anträge an den König aber nicht gestellt hätten, liege für ihn (den Minister), keine genügende Veranlassung vor, den Verhandlungen des nächsten Landtages vorzugreifen [55]; er müsse es aber als erwünscht bezeichnen, daß *Jacobi* bis dahin die geeignetsten Maßregeln ergreife, den vom Landtage gerügten Mißständen abzuhelfen, d. i. Maßnahmen zu treffen zur möglichst geringen Belastung der einzelnen Kommunen und zur möglichst frühzeitigen Einlieferung der Kranken (15. II. 1842).

Jacobi erwiderte darauf (4. III. 1843), daß er bereits darüber vor 2 Jahren (30. VI. 1841) der Verwaltungskommission berichtet und u. a. beantragt habe, den für die Aufnahme vorgeschriebenen ärztlichen Fragebogen wesentlich, nämlich von 83 auf 34 Fragen zu kürzen, sowie bei dringenden Fällen den Aufnahmeantrag unter Umgehung der Regierung unmittelbar bei der Anstaltsdirektion einreichen zu lassen, und den Antrag genehmigen zu dürfen, wenn die Bürgermeister sich vorläufig zur Übernahme der Kosten auf 3 Monate verpflichteten und wenn die Zuführung des Kranken innerhalb 10 Tagen erfolge. Verwaltungskommission und Oberpräsident hätten seinen Anträgen zugestimmt und letzterer die Regierungen 30. IX. 1841 bereits mit entsprechenden Anweisungen versehen. Seinen weiteren Vorschlägen habe indessen der Oberpräsident nicht beitreten zu können geglaubt.

Im März 1843 erschien nunmehr der Bericht der Verwaltungskommission über die Jahre 1841 und 1842 und am 14. Juni 1843 der Bericht einer vom vorigen Landtag eingesetzten besonderen Untersuchungskommission (Brust und Kaiser).

Nach eingehender Darlegung der Verhältnisse schlug diese Untersuchungskommission dem 7. Landtage vor: 1. eine Revision des Regulativs der Anstalt vom 12. XI. 1827, um den Ständen den ihnen gebührenden Einfluß auf die Anstalt tatsächlich zu sichern, 2. bei Aufbringung der Kosten auch die Gewerbesteuer heranziehen zu dürfen, was der Landtag bereits zweimal erfolglos beantragt habe, 3. die Krankenpflege und das ganze Hauswesen einer Kongregation von barmherzigen Schwestern zu übertragen, 4. den Direktor *Jacobi* von seinem Amte zu entfernen und 5. die durch die stete Anwesenheit der Geistlichen beider Konfessionen in der Anstalt entstehenden Ausgaben durch ihre Entlassung zu ersparen.

Zu Punkt 4, der Entfernung des Anstaltsdirektors, führte sie u. a. aus: „daß er mit unglaublicher Naivität sich wundert, daß sich

noch keine gefühlvolle Seele gefunden habe, die von seinen voluminösen Krankengeschichten und Rezepten, von seinen Rechnungsformularen und Speisezetteln, von seinen Zwangsapparaten und toten Denksprüchen[56] begeistert ist, und sein Tun zeugt von einer so geringen Kenntnis des menschlichen Herzens, daß die Kommission eine so charakteristische, den Standpunkt und die praktische Leistungsfähigkeit eines Mannes so bezeichnende Tatsache nicht mit Stillschweigen übergehen zu dürfen glaube".

An Hand dieser Unterlagen übte nunmehr der 10. Ausschuß des 7. Landtages (1843) an der Dienstführung des Direktors und der Verwaltungskommission und den Ergebnissen der Anstaltsverwaltung eine äußerst scharfe und ausfallende Kritik[57]: Obwohl 1841 durchschnittlich nur 163 und im Jahre 1842 nur 185 Kranke verpflegt seien, habe das Personal („vom Direktor bis zum Küster und Barbier") 74 betragen, auf je 2½ Kranke sei also ein Beamter oder Offiziant entfallen. Die Anstellung zweier Geistlichen in der Anstalt sei sehr überflüssig; die 74 Beamten seien gesund und möchten mit der ganzen Christenheit die Unbequemlichkeit teilen, keinen Hausgottesdienst zu haben; die Pfarrgemeinde bestehe aus Irren, die meistens eines geistlichen Trostes gar nicht fähig seien; man begreife daher kaum, womit die beiden Geistlichen ihre Dienstzeit ausfüllen könnten.

Bei der Kritik der Leistungen und Erfolge der Anstalt wurde der Nachweis über die Heilungen als „illusorisch und nichts beweisend" bezeichnet und verlangt, daß Siegburg „endlich aufhören solle, nur eine Heilanstalt sein zu wollen". Jede Aufbewahrungsanstalt von Irren müsse Heilversuche machen, und es dürfte sich dann vielleicht ergeben, wenn in Siegburg nicht allein Heilversuche mit Medikamenten gemacht würden, sondern durch Ruhe und liebevolle zweckmäßige Behandlung der Natur zu Hilfe gekommen würde, daß dann ein weit günstigeres Resultat der Genesungen sich herausstelle. — Welche vorherrschende Rolle die Arznei in Siegburg spiele, beweise die Jahresrechnung für 1840, nach welcher 1452 Taler ausgegeben seien, d. i. für Kopf und Tag $7^{8}/_{9}$ Pf., wogegen das Lazarett in Düsseldorf nur $5^{1}/_{5}$ Pf. pro Kopf und Tag nachweise, und doch solle man glauben, daß in einem Lazarett mehr Medizin erforderlich sei als in einem Irrenhause; es sei ein anerkannter Grundsatz, daß die Natur, durch zweckmäßige Behandlung unterstützt, bei 20% der Irren die Heilung selber bewirke. Man könne ferner nicht umhin, die jede Verbesserung hindernde Stellung, welche der Direktor Herr *Jacobi* den Ständen gegenüber nimmt, sowie die geringe Beachtung zu erwähnen, welche

Vorschläge des Provinziallandtages bei der Verwaltungskommission, wobei die Mitglieder der Regierung prävalieren, genießen.

Der Referent fuhr dann fort: Bei Anwesenheit der Untersuchungskommission, welche durch Beschluß der hohen Ständeversammlung vom 4. VII. 1837 als außerordentliche Mitglieder der ständischen Verwaltungskommission beigeordnet wurden, um in Gemeinschaft mit derselben Verbesserungen und Ersparnisse zu beraten, erklärte der Vorsitzende, er könne diesen außerordentlichen Mitgliedern bei der Kommission eine beratende Stimme nicht einräumen und werde sich auch nicht dazu verstehen, dem Antrage Folge zu geben, in ihrer Gegenwart und mit ihnen gemeinschaftlich die Fragen über Ersparungen und Verbesserungen in Haushalt und Verwaltung der Anstalt einer Beratung zu unterwerfen. Die weiteren Betrachtungen würden diese Behauptungen noch mehr rechtfertigen. So fänden sich selten und nur in geringfügigen Dingen die in den Akten der verschiedenen Landtage niedergelegten Wünsche berücksichtigt, die Etats seien fortwährend und ohne alle Zustimmung der Provinzialstände überschritten, wogegen doch dem Landtage als Organ der Provinz nach dem Gesetz vom 5. VI. 1823 eine Mitwirkung unzweifelhaft zustehe. —

Referent sagte weiter: Die Rechnungen der Jahre 1840/41 liegen nebst ihren Monitas und Beantwortungen vor. Die Fälle sind nicht selten, daß wenige Pfennige, ja sogar 1 Pfennig, 3½ Quart Milch und 1/6 Loth Gerstenmehl als defekt gerügt werden; aber was helfen Revisionen einer Rechnung pro calculo, wenn die Kredite ungerügt mit Tausenden überschritten werden? Vielmehr muß man sich gestehen, daß der Bericht der Untersuchungskommission nur zu gerechtfertigt ist, wenn er sagt: Der Einfluß der Stände sinke zu einer großen Bedeutungslosigkeit herab, der Geh. Obermedizinalrat Dr. *Jacobi* betrachte alle Ausgaben als Rezepte, unbekümmert was sie kosten; es seien einem Arzte keine Verwaltungskenntnisse zuzumuten und die Verwaltung in dessen Händen eine kostspielige und unzweckmäßige.

Bei der Besprechung des Etats für 1844/45 führte der Referent u. a. aus, daß die Einnahme einer selbst bewirtschafteten Ökonomie immer problematisch bleibe. Es bleibe aber unbegreiflich, daß 36 Morgen Gartenland nicht zur Hälfte das erforderliche Gemüse haben liefern können, bei einem Viehbestand von 11 Kühen, 4 Pferden und bei dem aus der so teueren Reinigung der Abtritte (im Jahre 1841: 127 Taler) zu gewinnenden Kompostdünger. Es sei zu beraten, ob nicht, mit Belassung so vieler Gärten, als zu Bewegung und Beschäftigung der Irren erforderlich sei, alles übrige Grundeigentum der

Anstalt zu verpachten und die bisher aus Landwirtschaft und Viehzucht bezogenen Gegenstände an den Mindestfordernden zu verdingen seien. — In der Anstalt würden inklusive der Baderäume 36 Öfen geheizt, mithin käme auf je fünf Personen etwa ein Ofen. Als Heizungsmaterial würden für 105 Taler Roggenstroh nachgewiesen, da müsse man sich freuen, daß bei derartiger Feuerung die ganze Anstalt kein Raub der Flammen geworden sei. — Es seien ferner 138 verschiedene Lampen in Gebrauch, also auf je zwei Mann eine Lampe; sollten auch hier nicht Ersparnisse möglich sein? — Bei dem Arzneititel heißt es: Wie wünschenswert erscheint es, bei den Kosten von beinahe 8 Pf. pro Kopf und Tag baldmöglichst eine eigene Apotheke eingerichtet zu sehen; ob hierdurch Ersparnisse herbeigeführt werden, scheine freilich noch sehr problematisch.

Zum Schluß wurde noch einmal vom Referenten die Frage aufgeworfen und vom Ausschuß bejaht, ob, um eine gänzliche Umgestaltung der Anstalt Siegburg zu bewirken, auf Pensionierung des Direktors *Jacobi* angetragen werden solle; es sei dabei als Grundsatz festzuhalten, daß ihm sein ganzes Gehalt als Pension zu belassen, die eine Hälfte aus Staatsmitteln, die andere seitens der Stände aufzubringen sei. Die Erfahrung lehre, wie wenig Herr Medizinalrat *Jacobi* von seinem einmal angenommenen System abzuweichen geneigt sei; durch langjährige Dauer sei dasselbe mit ihm identifiziert; der Provinz erwachse mutmaßlich ein weit höherer, selbst pekuniärer Vorteil durch die Entfernung des Direktors.

Der Landtag trat diesen Ausführungen bei (17. und 18. VII. 1843) und erweiterte sie dahin, daß er beschloß, daß die bereits durch den Landtagsabschied vom 15. VII. 1829 genehmigte Aufnahme angeblich unheilbarer Irren, ohne Beeinträchtigung des Heilzweckes, in größerer Ausdehnung als bisher stattfinden solle; er begründete es damit, daß eine so scharfe Prüfung der stets unsicheren Kriterien der Heilbarkeit dem Hauptzweck der Anstalt, d. h. die größtmögliche Vorsorge für die Irren der Provinz zu treffen, nicht entspreche, daß aber dieser Zweck ganz besonders durch Einführung der größtmöglichen Sparsamkeit erreicht werde.

Der Landtag beauftragte mit der Ausführung dieser Beschlüsse eine besondere Kommission und ersuchte 20. VII. 1843 den Oberpräsidenten als Kommissarius, das weitere dazu zu veranlassen.

Die Landtagsverhandlungen über diese Vorschläge (17. und 18. Juli 1843), besonders über die Übergabe der Pflege und Bewirtschaftung der Anstalt an katholische Schwestern nahmen sehr bald

einen konfessionellen Charakter an, dergestalt, daß die Bekenner der verschiedenen Konfessionen streng gesondert einander gegenüberstanden, und daß sämtliche evangelischen Mitglieder sich auf das Bestimmteste gegen die Übergabe aussprachen, wenngleich auch sie die Notwendigkeit einer sparsameren Wirtschaft durchaus anerkannten.

Dem Sturm im Landtage folgte ein Sturm in der evangelischen Bevölkerung der Rheinprovinz; wie ein Lauffeuer verbreitete sich die Nachricht durch die Provinz; die Provinzialsynode und fast sämtliche Kreissynoden der Rheinprovinz wandten sich mit Immediateingaben an den König und baten, im Interesse des konfessionellen Friedens und der völligen Gleichberechtigung beider Konfessionen, um Schutz gegen den Beschluß des Landtags.

Jacobi hatte Gelegenheit gehabt, zu dem Druckbericht der Untersuchungskommission vom 14. VI. 1843 seinerseits unterm 4. und 5. Juli Bemerkungen zu machen, die mithin dem Landtag bei seinen Beratungen auch zur Unterlage dienten, und veröffentlichte im September 1843 in der Kölnischen Zeitung Nr. 203 und 253: „Beleuchtung und Berichtigung einiger in den Verhandlungen des 7. Landtages vorgekommenen Äußerungen und Behauptungen". In vornehmer Zurückhaltung ließ er alles ihn persönlich Betreffende unerörtert und erhob besonders dagegen Einspruch, daß durch jene Beschlüsse Siegburg seinem ursprünglichen Charakter und Zweck ganz entzogen, zu einer bloßen polizeilichen Verwahranstalt degradiert werden solle.

Unterm 5. XII. 1843 reichte *Jacobi* dem Minister ein ausführliches Pro memoria ein, über das Damerow, der inzwischen nach Halle übergesiedelt war (1. I. 1844), dem Minister Vortrag hielt. Damerow kam zu dem Ergebnis, daß das Pro-memoria eigentlich nichts Neues und bis dahin Unbekanntes enthalte, es sei weder zeit- noch zweck- noch sachgemäß und wohl lediglich als Material für weitere Verhandlungen zu benutzen. Die ganze Angelegenheit habe aber eine so allgemeine große Publizität, ein so vielseitiges öffentliches und persönliches Interesse erregt, daß eine öffentliche Aufnahme der Sache, ein öffentliches Auftreten in derselben durch ein möglichst objektiv gehaltenes Gutachten, eine Pflicht und Notwendigkeit den rheinischen Ständen und der öffentlichen Meinung gegenüber sei; es sei eine, den Kern seines Berufslebens und seiner wissenschaftlichen Bestrebungen ergreifende, für die Psychiatrie eine Lebensfrage seiende Angelegenheit, in der er, wenn möglich, das letzte Wort öffentlich nehmen möchte. Er erbat und erhielt die Erlaubnis, mit diesem Gutachten das 1. Heft

der von ihm begründeten neuen Zeitschrift für Psychiatrie zu eröffnen; doch machte er von dieser Erlaubnis keinen Gebrauch.

Auch der II. Arzt in Siegburg Dr. Richarz erschien auf dem Plan und reichte 27. X. 1843 dem Minister eine zur Veröffentlichung bestimmte äußerst scharfe abfällige Kritik an den Siegburg betreffenden Landtagsbeschlüssen ein, unter Heranziehung des belgischen Irrenarztes Guislain, der kurz vorher Siegburg besucht hatte, als Gewährsmann, und mit der Forderung, die Anstalt Siegburg einer Untersuchung durch sachkundige Ärzte und Verwaltungsbeamte zu unterziehen.

Da der Minister den Wunsch äußerte, es möge die Beurteilung mit mehr Schonung und Rücksicht in Fassung und Ausdruck geschehen, verzichtete Richarz auf die Veröffentlichung der Kritik und ließ lediglich den 2. Teil seiner Schrift, der sich mit Vorschlägen zur Verbesserung des rheinischen Irrenwesens befaßte, in Druck erscheinen (22. I. 1844)[58].

Auch der evangelische Seelsorger der Anstalt M. Goebel erhob in einer ausführlichen Eingabe an den Minister Einspruch gegen die Übergabe der Anstalt an Ordensschwestern und die Entfernung der Seelsorger aus der Anstalt (26. VIII. 1843)[59] und veröffentlichte, ebenso wie auch cand. Wächtler, derzeit Vikar in Siegburg, entsprechende Aufsätze in theologischen Fachzeitschriften[60].

Inzwischen hatte das Ministerium durch den Gesandten in Paris Nachrichten über den Wert und die Leistungen der in Aussicht genommenen Ordensschwestern erhalten (16. X. 1843); auch hatte der Oberpräsident ein Gutachten des Medizinalkollegiums der Rheinprovinz eingeholt, das sich dahin aussprach, daß unter gewissen Voraussetzungen in ärztlicher Beziehung gegen die Einführung barmherziger Schwestern nichts einzuwenden sei (11. X. 1843).

Der Oberpräsident selbst sprach sich entschieden gegen die Übergabe der Verwaltung an einen geistlichen Orden aus (25. II. 1844) und sagte weiter, daß durch den Fortgang *Jacobis* die Anstalt nicht verlieren werde; denn so ausgezeichnet und schätzbar auch seine Kenntnisse und Erfahrungen im Gebiet der Seelenheilkunde seien, so sei er doch aus anderen Gründen für diese Stellung nicht geeignet; er sei sehr ernst, verschlossen und wenig mitteilsam und habe nicht die Gabe, sich leicht das Vertrauen derer zu erwerben, mit denen er in Berührung komme. — Endlich sei er aber auch kein strenger Wirt, und solange er die Anstalt leite, sei kaum darauf zu rechnen, daß bedeutende Ersparungen gemacht würden. — Die stete Anwesenheit

der beiden Geistlichen in der Anstalt halte auch er nicht für erforderlich. —

Nunmehr war die Angelegenheit soweit geklärt, daß das Gesamtministerium dazu Stellung nehmen konnte. Es einigte sich dahin, daß dem Landtag eine Revision des Regulativs nachgegeben werden könne, daß zur Aufbringung der Kosten ein Zuschlag zur Gewerbesteuer herangezogen werde, wenn der Finanzminister nichts dagegen einwende, daß hinsichtlich der Pensionierung des Dr. *Jacobi*, da zu einer Anstellung desselben bei einer Universität durchaus keine Gelegenheit vorhanden sei, zunächst die Beschlüsse des nächsten Provinziallandtages bezüglich der Anstalt Siegburg abzuwarten seien, daß nach einer etwaigen Ablehnung des Antrags betreffend Übergabe der Anstalt an Ordensschwestern um so weniger Grund vorhanden sei, auf den Antrag der Entfernung der Geistlichen einzugehen, als beide Geistlichen nicht nur den Gottesdienst zu halten und die Seelsorge des Kranken- und Dienstpersonals auszuüben und nach dem Ermessen des Direktors teilzunehmen haben an der sittlich-religiösen, intellektuellen und pädagogischen Behandlung der Irren, sondern vorzüglich auch die Unterhaltungs- und Unterrichtsstunden mit den Irren halten sollen. (Minister Eichhorn 24. V. 1844.)

In formeller Hinsicht vertrat der Minister des Innern die Ansicht, daß die Beschlüsse in dieser Angelegenheit mit einfacher Majorität des Landtags zu fassen seien, und daß die Entscheidung über ihre Ausführung ressortmäßig dem Departementschef (Minister der geistlichen usw.) zustehe; wenn die Stände sich hei derselben nicht beruhigten, bleibe es ihnen unbenommen, die Sache mittelst einer durch Stimmenmehrheit von zwei Dritteilen zu beschließenden Petition zur Entscheidung des Königs zu bringen (8. VII. 1844). Der Oberpräsident hatte die Ansicht vertreten, daß eine so durchgreifende Reform eines unter Allerhöchster Sanktion stehenden Instituts, namentlich die Einführung eines geistlichen Ordens in dasselbe, der Allerhöchsten Genehmigung nicht entbehren könne, daß es daher einer Adresse an den König bedurft hätte, für welche $^2/_3$ Stimmenmehrheit erforderlich wäre (25. II. 1844).

Auf Grund jenes bereits durch Kabinettsordre vom 18. IX. 1843 eingeforderten gemeinschaftlichen Berichts des Gesamtministeriums versagte nunmehr der König mit Entschließung vom 28. II. 1845 dem Antrage des Landtages auf Einführung der barmherzigen Schwestern die Genehmigung, weil der Antrag nicht die erforderliche zwei Drittel Stimmenmehrheit erhalten hatte. Daraufhin entschied

weiter der Landtagskommissar, „daß der Beschluß der Pensionierung des Dr. *Jacobi* und der Entfernung der Geistlichen aus der Anstalt nur als Folge obigen Beschlusses gefaßt sein dürften; für die Pensionierung des Dr. *Jacobi* dürfte auch umsoweniger ein sonstiger Grund vorhanden sein, als derselbe seit seiner 20 jährigen Wirksamkeit als Direktor sich eine ausgezeichnete Anerkennung im In- und Auslande erworben hat".

Jacobi blieb also im Amt. Der verlangten Revision des Reglements wurde nicht nachgegeben und der Entscheid über die Aufbringung der Kosten weiteren Verhandlungen vorbehalten.

Besonders schmerzlich war es für *Jacobi* gewesen, bei diesen Angriffen schließlich auch seinen zweiten Arzt Dr. *Richarz* auf Seiten seiner Gegner zu sehen, indem derselbe anstelle der einen Heilanstalt sogar in jedem Departement eine, also 5 Heilanstalten zu 50—60 Kranken errichtet, auch die Hausgeistlichen „ohne alle Frage" entlassen sehen wollte und sich so mit *Jacobi* in einen heftigen Gegensatz stellte. Ein Trost muß es für *Jacobi* gewesen sein, daß dagegen die älteren Psychiater, Roller und Damerow ihn und seine Ansichten stützten und Richarz Vorschläge einer heftigen, abfälligen Kritik unterzogen [61]. Roller schrieb bissig: „Richarz Schrift, die in den Händen der Gegner eine neue Waffe gegen Siegburg bilden wird, kommt gewiß vielen unerwartet. — Es wäre interessant und der Sache förderlich gewesen, zu wissen, in wieweit *Jacobi* damit übereinstimmt. Es scheint aber, daß Dr. Richarz die öffentliche Irrenpflege in der Rheinprovinz allein zu organisieren hat, und dies ist ihm in keiner befriedigenden Weise gelungen."

Richarz schied Anfang Juni 1844 aus seiner Stellung in Siegburg aus und erhielt „wegen seiner in jeder Beziehung bewährten Qualifikation" die Konzession zur Errichtung einer Privatanstalt zu Endenich [62]. 1848 hielt er auf der Versammlung der Naturforscher und Ärzte in Aachen einen Vortrag: Über die Vorzüge mehrerer kleiner über einen Landesteil verteilten öffentlichen Irrenheilanstalten vor einer einzigen großen Zentralanstalt [63].

Richarz war übrigens nicht der erste Vertreter dieser Ansicht, sondern der Regierungs- u. Medizinalrat Dr. Stoll in Arnsberg hatte schon 14. XI. 1817 vorgeschlagen, in jedem Regierungsbezirk eine Heilanstalt, in jeder Provinz eine Aufbewahrungsanstalt zu errichten [64].

Erst Werner Nasse nahm die Richarzsche Idee auf in einem Promemoria, das er unterm 4. II. 1865 einer ad hoc gewählten Landtagskommission vorlegte, die es annahm und den Landtag vom Jahre

1866 zur Genehmigung veranlassen konnte. — Über den weiteren Verlauf später!

Richarz machte außerdem in seiner oben erwähnten Schrift (S. 51) den Vorschlag, zur möglichsten Unterdrückung aller Unterscheidung dieser ohnehin durch Vorurteile gezeichneten Unglücklichen von anderen Kranken, auch für die Irrenanstalten den Ausdruck: „Krankenanstalten" einzuführen, dem man endlich noch gar ganz entlegene Bezeichnungen, wie Stift Illenau, Abtei Siegburg, Kloster St. Thomas substituieren könnte!

Siegburg von 1844 bis zu Jacobis Tod (1858).

In dem ärztlichen Bericht über die Wirksamkeit der Heilanstalt zu Siegburg (Köln 1847), welcher die Zeit 1. X. 1844 — 30. 9. 1846 umfaßt, betonte *Jacobi* erneut die Notwendigkeit der Beibehaltung als reine Heilanstalt und ihre tatsächliche Durchführung. Es folgen statistische Nachrichten über die Krankenbewegung, die Forderung möglichst frühzeitiger Einlieferung Neuerkrankter in die Anstalt, Ersuchen an die Ärzte in der Praxis, sich bei Geisteskranken des zweckwidrigen Aderlassens zu enthalten, sich dagegen eingehenderer Feststellung der Krankheitsursachen zu befleißigen. Er berichtet sodann, daß auch weiter in der Siegburger Anstalt „die Idee der Relativität des psychischen und somatischen Momentes" für die Behandlung maßgebend sei; die Anwendung körperlicher Beschränkungs- und Zwangsmittel sei auf das Allernotwendigste beschränkt, so sei zur Zeit unter den 190 Kranken nur bei 4 die Zwangsjacke in Gebrauch; zum englischen no-restraint-System habe man sich noch nicht bekennen können, besonders da es an den dazu erforderlichen Hilfsmitteln mangele, nämlich: bestes, gut besoldetes Wärtermaterial, unzerreißbare Kleidung, Polster-Kammern. Der Bericht schließt mit dem Antrage auf einen Erweiterungsbau für unruhige Kranke, Einrichtung mehrerer Polsterkammern, Ersatz der hölzernen Kochgefäße durch kupferne Dampfkochgeschirre, Errichtung eines Neubaus für verschiedene Zwecke, Erneuerung des Ölfarbenanstrichs im Innern, Verlegung der Kegelbahn auf dem Innenhof in den sog. kleinen Garten und Verbesserung der Aborteinrichtungen — von der besten Einrichtung, den sog. Waterclosets müsse wegen des dazu erforderlichen und nicht wohl zu erzielenden Wasservorrates abgesehen werden [65].

Infolge der Zeitverhältnisse konnte der Bericht dem Landtage nicht vorgelegt werden; er wurde daher mit dem folgenden Bericht (1. X. 1846—31. XII. 1850) verbunden, inhaltlich daher auf jenen Bezug

genommen und die früheren Anträge wiederholt und erweitert; die letzteren betrafen die Gewährung anständiger und zureichender Wohnungen für die beiden Anstaltsgeistlichen und die beiden ärztlichen Assistenten, sowie die Herstellung einer geräumigen Tischler- und Schneiderwerkstatt und eines geschlossenen Raumes für körperliche Beschäftigung und gymnastische Übungen der männlichen Kranken bei ungünstiger Witterung. Besonders bedürfe aber der Verputz und Anstrich der äußeren Fassade der Anstalt der Instandsetzung; er sei seit dem Bestehen der Anstalt nur einmal erneuert, und die inneren Seiten der Hofräume seien an ihren Wänden größtenteils noch mit allem seit 27 Jahren auf ihnen sich gesammelt habenden Schmutze bedeckt.

Endlich forderte *Jacobi* zwecks ausgedehnterer und häufigerer Beurlaubung eine Vermehrung des Wartepersonals, Lohnerhöhung und Pensionsberechtigung. Der VII. Ausschuß des 9. Provinziallandtages (Oktober 1851) verhandelte in sechs Sitzungen über Siegburg und kam zu dem Ergebnis, den Anträgen der Anstaltsdirektion auf bauliche Verbesserungen, Lohnerhöhung und Pensionsgewährung an das Wartepersonal nicht entsprechen zu können; bezgl. des letzteren hieß es: das Bedürfnis sei in zu allgemeinen Formen gefaßt, auch hätte ein Reglement mit Angabe der für eine Pensionierung erforderlichen Grundsätze vorgelegt werden müssen; der Landtag trat dieser Ablehnung bei.

Dem folgenden Landtag (September 1853) wurde von der Verwaltungskommission überhaupt kein Verwaltungsbericht vorgelegt, worüber sich der IV. Ausschuß mit Recht beschwerte. Statt dessen wurden ihm vom Oberpräsidenten drei Gutachten (Direktor *Jacobi* [26. VI. 52], Bauinspektor König und Ökonom Kuttenkeuler) vorgelegt. Der Ausschuß und sein Referent waren aber hiermit wenig zufrieden: sie ließen zwar den Erklärungen dieser Beamten über die hohen Geldausgaben Gerechtigkeit widerfahren, mußten aber erklären, daß der Gesamteindruck einer zu großen Geldverwendung in der Ökonomie nicht verwischt werde.

Hinsichtlich der allgemeinen Verwaltung hatte bereits der letzte Landtag (9.) eine Änderung des Regulativs beantragt, nämlich um den ständischen Kommissarien mehr Einfluß auf die ökonomische Verwaltung zu erwirken, statt wie bisher zwei, fortan drei Mitglieder in die Verwaltungskommission zu entsenden, hatte ausdrücklich, nur unter Voraussetzung, daß diesem Antrag seitens der Regierung entsprochen würde, den Etat 1852/53 provisorisch genehmigt, und hatte

in der sicheren Erwartung der Genehmigung sogar schon drei Deputierte gewählt (30. X. 1851). Die Minister aber befanden diese Vermehrung der ständischen Verwaltungskommissions-Mitglieder von zwei auf drei „als zur Berücksichtigung nicht geeignet"; gegen den Antrag, jedem Mitglied der ständischen Kommission den Zutritt zu den Räumen der Anstalt und in die Registratur jederzeit zu gestatten, sei indessen nichts zu erinnern. (Mitteilung des Oberpräsidenten vom 15. IX. 1852).

Auf diese Ablehnung hin beschloß der 10. Landtag (9. X. 1852) eine gleichlautende Petition an den König. Der Landtagsabschied vom 2. X. 1854 ließ es aber bei dem ablehnenden Bescheide an den 8. Landtag: Die bestehende Zusammensetzung sei durch den Landtagsabschied vom 13. VII. 1827 genehmigt und es sei nicht nachgewiesen, daß die seitherige Organisation dem Zwecke nicht entsprochen habe.

Dem Verwaltungsbericht über die Jahre 1851—53 (erstattet Sept. 1854) waren beigefügt Berichte des Anstaltsdirektors *Jacobi* vom 26. VI. 1852 und 25. XI. 1851, der beiden Geistlichen und des Ökonomieverwalters, die veranlaßt waren durch die Verhandlungen des 9. Landtages vom Jahre 1851 über die Übergabe der Verwaltung an eine geistliche Genossenschaft, die allerdings vom Landtagskommissar zurückgewiesen und auch vom Plenum abgelehnt war.

Besonders in dem erstgenannten Bericht (26. VI. 1852) an den Regierungspräsidenten hatte sich *Jacobi* in temperamentvoller Weise über Urteile und Äußerungen eines Teils der Landtagsmitglieder ausgelassen, indem er ihnen „Oberflächlichkeit, Unkunde und Gehaltlosigkeit in jeder Beziehung" vorwarf. Der 4. Ausschuß beschloß, dem Landtagsmarschall eine Beschwerdeschrift einzureichen, mit dem Antrage „daß dem Anstaltsdirektor für seine ungeziemende, die hohe Stellung des hohen Prov.-Landtages schimpflich verkennende Sprache ein Verweis gegeben und eine ähnliche Sprache für die Zukunft untersagt werde" (10. X. 1854), ebenso den beiden Geistlichen und dem zweiten Arzt für die besondere Schrift, die im Buchhandel erschienen sei" [66], mit der Erwartung, daß „die der Provinzialvertretung von ihren eigenen Beamten zugefügte Beleidigung zurückgenommen werde."

Der Landtagskommissar wies (11. X. 1854) diese Beschwerde aus formalen Gründen zurück und erteilte vielmehr der Verwaltungskommission eine Rüge, weil sie den an ihn gerichteten Bericht ohne seine Erlaubnis veröffentlicht habe.

Die Angelegenheit der Übergabe der Verwaltung und Krankenpflege an eine Ordensgenossenschaft war aber auch noch nicht zur Ruhe

gekommen. Der 11. Provinziallandtag hatte unterm 24. 10. 1854 eine Adresse an den König beschlossen und gebeten, die Ökonomie des Haushalts und die Pflege der weiblichen Irren barmherzigen Schwestern versuchsweise zu übertragen; die Minorität des Landtags gab ein Separatvotum ab. Der Oberpräsident verhielt sich ablehnend und stützte sich dabei auf den ebenfalls ablehnenden Standpunkt der Verwaltungskommission — ein Mitglied sprach sich dafür aus — und auf ein ausführliches Gutachten des Anstaltsdirektors vom 26. XII. 1854, das entsprechend der Anstaltsbevölkerung die Beibehaltung des paritätischen Charakters verlangte und namentlich auch die erwarteten materiellen Vorteile nicht in Aussicht stellen konnte. Auf einen gemeinschaftlichen Bericht der beteiligten Minister versagte der König 7. Mai 1855 dem Antrage seine Zustimmung [67].

Der 13. Landtag (20. XII. 1858) glaubte noch einmal im gleichen Sinne vorgehen zu sollen, erzielte aber nur die Antwort des Oberpräsidenten (28. X. 1860), daß der Antrag durch den Landtagsabschied vom 30. September 1856 bereits abgelehnt sei. Das gleiche Schicksal hatte der Antrag des I. Ausschusses beim 14. Landtage (1860), gegen welchen die in der Minorität gebliebenen Mitglieder protestierten mit der Begründung, daß die Erfahrung häufig lehre, daß dergleichen Orden weder für das geistige Wohl noch für die leibliche Pflege der Kranken vorteilhaft wirken, dagegen der Verwaltung große Kosten und Schwierigkeiten bereiten und dadurch das Ganze benachteiligen. — Erst der 18. Landtag schaltete schließlich 1865 die konfessionellen Gesichtspunkte soweit aus, daß er den Antrag Contzen, alle Beamten unter gehöriger Berücksichtigung des konfessionellen Verhältnisses anzustellen, ablehnte [68].

Auf einen Antrag des 11. Landtages (1854), *Jacobi* zu pensionieren, ließ der Landtagskommissar unterm 6. X. 1856 dem 12. Landtage den Bescheid zugehen, daß er in Übereinstimmung mit dem Herrn Minister bei den ausgezeichneten Eigenschaften des Direktors *Jacobi*, seinen großen Verdiensten um die Anstalt und seiner noch in ausreichendem Maße vorhandenen Rüstigkeit keinen Anlaß zu erblicken vermöge, auf sein Ausscheiden aus seinem Amte hinzuwirken. Trotzdem regte der IV. Ausschuß beim 12. Landtage (9. 10. 1856) erneut seine Pensionierung an; er sei jetzt von einem unheilbaren Augenübel befallen und deshalb wegen seines hohen Alters nicht mehr imstande, einem so bedeutenden Institute vorzustehen. In einer weiteren Sitzung wurde referiert, daß Dr. *Jacobi* unter dem Beistande des II. Arztes wohl imstande sei als Arzt zu dirigieren, und der Landtag beschloß 25. X. 1856

beim König die Einsetzung eines geeigneten Ökonomiedirigenten zu beantragen, um den Direktor von der Ökonomieverwaltung zu entbinden.

Durch den inzwischen eingetretenen Tod *Jacobis* fand dieser Antrag seine Erledigung.

Jacobi starb am 18. Mai 1858 nach nur 5 tägiger Krankheit an Gesichtsrose. Seit mehr als einem Monat ins 84. Lebensjahr eingetreten, hatte er noch bis in die letzten Tage mit fast jugendlich rüstiger Kraft seinem Berufe obgelegen. Ein edles, durch eine lange Reihe von Jahren der leidenden Menschheit geweihtes Leben hatte geendet. Einen äußerst warm gehaltenen Nachruf in der Kölnischen Zeitung schrieb der frühere zweite Arzt Siegburgs Dr. *Focke* [69].

Von Jacobi bis zu Hoffmanns Tod.

Da schon der 11. Landtag (1854) *Jacobis* Rücktritt „für nunmehr wirklich zeitgemäß und für höchst wünschenswert" erklärt hatte und auch der 12. Landtag nach einer Debatte, „die für den Druck als nicht geeignet befunden wurde", die Wegnahme wenigstens der ökonomischen Verwaltung aus *Jacobis* Händen beschlossen hatte [70], nimmt es nicht wunder, daß sich bereits vor *Jacobis* Tode die Tagespresse mit seiner Nachfolge befaßte. Ebenso ist es natürlich, daß bei dem scharfen konfessionellen Charakter, den die Landtagsverhandlungen bezgl. der Anstaltsverwaltung angenommen hatten, die Tagespresse die Vermutung äußerte (3. V. 1858), daß diesmal bei der Besetzung des Direktorstelle in Siegburg konfessionelle Rücksichten gleichzeitig obwalten würden, um die Parität der beiden christlichen Bekenntnisse herzustellen. Unter den Kandidaten wurde Dr. *Sponholz*, Direktor der Irrenanstalt Neu-Ruppin, besonders laut genannt [71], zunächst indessen der I. Arzt Dr. *Willing* zum kommissarischen Direktor bestellt.

Willing lieferte den ärztlichen Verwaltungsbericht über die beiden letzten Dienstjahre *Jacobis* 1856/57 und nahm ihn zum Anlaß einer eingehenden Schilderung der Wirksamkeit *Jacobis* und einer Wiedergabe des innern und äußern Anstaltslebens, der Wirtschaftsführung und der Krankenbehandlung.

Im Jahre 1855 hatte der Minister eine Besichtigung der Irren- und Krankenhäuser, Entbindungs- und Hebammenlehranstalten der Rheinprovinz durch den Geh. Regierungsrat Esse vornehmen lassen, und der von diesem unterm 31. VIII. 1855 erstattete Bericht über Siegburg ließ an Deutlichkeit und abfälliger Kritik nichts zu wünschen

übrig; die von ihm in Siegburg angetroffenen Zustände hätten ihn „durchaus unbefriedigt" gelassen. Esse zog die ebenfalls in einem früheren Kloster untergebrachte Anstalt Leubus zum Vergleich heran, fand Leubus „vollendet sauber und sehr geschickt administrativ geleitet", während Siegburg von Hause aus einen nicht freundlichen Eindruck mache, Alterserscheinungen zeige und wie ein Gefängnis aussehe; Ordnung und Reinlichkeit ließen sehr zu wünschen übrig; alles mache den Eindruck, als ob die in vorgerücktem Alter stehenden Beamten ihrer Aufgabe nicht mehr gewachsen seien usw. Er tadelte den Zustand der Badeanstalt, die Unterbringung der Kranken, bes. der Tobsüchtigen, den Zustand der Aborte, Lage und Einrichtung von Küche und Waschhaus und forderte u. a. die Einrichtung von Waterclosets und zentraler Wasserversorgung und schlug vor, anstelle des geplanten Neubaus einer Departemental-Irren-Aufbewahrungsanstalt in der Nähe Siegburgs, Siegburg zur Aufbewahrungsanstalt, den Neubau aber zur Heilanstalt zu bestimmen, und beide Anstalten unter Vereinigung der ökonomischen Einrichtungen wie Küche und Waschhaus, unter eine Leitung zu stellen [72].

Esse hatte bei seinem Besuche in Siegburg *Jacobi* nicht angetroffen. Es verdient darum hervorgehoben zu werden, daß *Jacobi* selbst niemals die in der Lage der Gebäude auf steiler und beschränkter Höhe wurzelnden wesentlichen Nachteile verkannt hatte [73], und daß *Jacobi* selbst es an Anträgen auf Verbesserung al er Art nicht hat fehlen lassen (s. vorn). Noch im ärztlichen Bericht 1851/53 hatte *Jacobi* u. a. geklagt, daß infolge Raummangels fast dauernd Kranke auf den Gängen schlafen und daß auch die für das Personal bestimmten Räume für Kranke in Gebrauch genommen werden müßten. Seinen Anträgen war aber nur insofern entsprochen, als die Verwaltungskommission aus laufenden Mitteln vier neue Zellen und zwei Mansarden für weibliche Kranke herrichten ließ, wie denn überhaupt die meisten Vorschläge an dem vom Landtage vertretenen Prinzip der allergrößten Sparsamkeit gescheitert waren.

Trotz der äußerst abfälligen Kritik des Geh. Reg. Rats Esse sowohl am baulichen Zustande, wie an der Verwaltung der Anstalt sah sich der Minister zu einer weiteren Erörterung nicht veranlaßt; es genügte ihm, die von der Verwaltungskommission betonten wesentlichen Mängel und Übelstände als begründet anerkannt zu sehen, und er ersuchte den Oberpräsidenten, auf die baldigste Ausführung der beabsichtigten baulichen Änderungen nachdrücklichst hinzuwirken (28. VI. 1856) [74].

Der neue Landtag zeigte sich aber nicht geneigt, erhebliche Gelder zu bewilligen. Die Kreuzzeitung, die einzige, welche von den Provinzial-Landtagen aus Prinzip Notiz nahm, während deren Verhandlungen von anderen Blättern aus Prinzip ignoriert wurden, teilte darüber folgendes mit (25. XII. 1858): Der Antrag, die Ökonomie und Pflege der Kranken künftig religiösen Korporationen zu übergeben, wurde in namentlicher Abstimmung mit 46 gegen 29 Stimmen angenommen, ebenso der Antrag des Ausschusses für Siegburg, daß die früheren Gehälter bei Anstellung neuer Beamter nicht mehr maßgebend sein sollten. Für Beschaffung der allerdringlichsten Beamtenwohnungen wurden 5000 Taler bewilligt. — Das Landarmenhaus zu Trier solle auf die ursprünglichen Zwecke eines Arbeitshauses und einer Irrenanstalt zurückgeführt werden.

Die Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie [75] schrieb dazu: „Man möchte seinen Augen nicht trauen, wenn man das liest! Eine Provinz, welche durch *Jacobis* Wirksamkeit in Betreff der Irrenflege eines mehr als europäischen Rufes lange Zeit hindurch genoß, welche auch jetzt unter seinen Schülern mehr tüchtige Ärzte besitzt als jede andere Provinz, welche an Intelligenz keiner andern nachzustehen Willens sein wird, befindet sich jetzt in der Umkehr zu einer längst überwunden geglaubten Zeitperiode! — Wir vertrauen darauf, daß es den Ärzten der Rheinprovinz gelingen werde, die Abgeordneten dieses Landtages durch sachverständige Erörterung über diesen Gegenstand aufzuklären". —

Der obige Landtag bewilligte indessen doch einige Gehaltserhöhungen und Pensionsberechtigungen, sowie 5000 Taler für eine neue Wasseranlage.

Am 1. Januar 1860 trat Dr. *F. Hoffmann*, bis dahin Direktor der Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz als Direktor in Siegburg ein. Die Stürme, welche in der allgemeinen Verwaltung Siegburg umbraust hatten, kamen auch jetzt nach dem Wechsel des Anstaltsdirektors noch nicht zur Ruhe. Zwar referierte der IV. Ausschuß im 13. Landtage (15. XII. 1858), er habe mit Vergnügen ersehen, daß nach und nach eine weise Ersparung angebahnt sei; er spreche die Hoffnung aus, daß auf diesem Wege fortgefahren werde. Dagegen kam es auf diesem und dem folgenden Landtag (1860) zu scharfen Auseinandersetzungen über die Zuständigkeit des Landtages, die Anstaltsrechnungen zu kritisieren mit dem Ergebnis, daß die Regierung dem Landtag nur die Beurteilung, nicht die Entscheidung über Rechnungslegung und Notate zugestand. Auch glaubte die Majorität des I. Ausschusses vom 14.

Landtag (1860) erwarten zu können, daß bei der in Aussicht gestellten Reorganisation zur besseren Verwaltung und Verpflegung der Kranken auf die wiederholt beantragte Einführung religiöser Orden bedacht genommen werde, sodaß auch diese alte Frage wieder aufgerollt wurde.

Der Anstaltsdirektor blieb an diesem Streit der Meinungen unbeteiligt. In dem von ihm erstatteten ärztlichen Bericht über die Jahre 1860/61 (August 1862) erörterte er an der Hand der Anstaltsstatistik die Unsicherheit der Diagnostik und Prognostik und die daraus sich ergebende Notwendigkeit, daß die Bestimmung des Reglements, nur Kranke von noch nicht 8 monatiger Krankheitsdauer aufzunehmen, wie von jeher so auch weiter aus wissenschaftlichen und praktischen Gründen nicht aufrecht erhalten werden könnte.

Hoffmann hatte weiter zu berichten von 9 Erkrankungen an Typhus mit 3 Todesfällen in einem Jahr, sowie von 13 Fällen eines erysipelatösen Fiebers mit 5 Todesfällen, wobei die Krankheitsursachen sich nicht ermitteln ließen, und endlich von 33 Erkrankungen bei Frauen an Trachom und Blennorrhöe, wobei man den Umstand, daß bei den Männern nur vereinzelte Fälle von Trachom vorkamen, zu erklären versuchte durch die Leichtigkeit der schädlichen Gase, welche sich vorzugsweise in den oberen Stockwerken, wo die Frauen wohnten, verbreitet hätten [76]. Von der in Ausführung begriffenen neuen Wasserhebungsanlage erwartete man eine gründliche sanitäre Verbesserung besonders der Abtrittverhältnisse.

Der Landtag (1862) konnte sich über verschiedene bauliche Änderungsvorschläge nicht endgültig schlüssig werden. Dagegen stimmte er dem Vorschlage der Verwaltungskommission auf Einführung der Gasbeleuchtung zu, nachdem diese die bisherige Beleuchtung als völlig ungenügend gekennzeichnet hatte: wer mit den Lokalitäten der Anstalt nicht genau bekannt sei, könne sich am Abend ohne Laterne nicht zurechtfinden, den Kranken müßte bei der Abendvisite mit einer Handlampe ins Gesicht geleuchtet werden, um sie zu erkennen.

In Aussicht genommen und beschlossen wurde von der Verwaltungskommission ferner der Neubau eines Hauses für tobsüchtige Frauen und die Anlage feuerfester Treppen. Für die in erheblicher Zunahme begriffenen Kranken könne Platz geschaffen werden durch die freiwerdenden Wohnungen der Geistlichen, die nach der bestimmten Ansicht des Direktors nicht unbedingt in der Anstalt zu wohnen brauchten; endlich plante man eine Teilung der Anstaltskirche für beide Konfessionen, die aber nicht ausgeführt wurde. Die Zellen in dem neuen Tobhaus sollten, obwohl sich der Geh. Reg.-Rat Esse dagegen ausge-

sprochen hatte, doch ihr Licht von oben erhalten; der Direktor hatte mit einem Bauinspektor zur Klärung dieser Frage vorher Holland und Belgien bereist [77].

Trotz der in den letzten Jahren vorgenommenen baulichen Verbesserungen und Erweiterungen war Siegburg — es war das unter den Fachgenossen kein Geheimnis mehr — alt geworden und genügte den Ansprüchen nicht mehr, die die Irrenpflege an eine Heilanstalt stellte.— Was *Jacobi* tun konnte, hatte er getan, mehr zu tun lag nicht in seiner Macht. — An Siegburg waren die Fortschritte der Bautechnik und Administration der letzten 3 Jahrzehnte fast spurlos vorübergegangen und des genialen *Fr. Hoffmann* Sache war es nicht, in der Zeit seines Wirkens und unter der Last außerordentlich schwerer Verhältnisse dem Einbrechen des Schuttes zu wehren. *Hoffmann* machte in einem Anfall von Geistestörung in der Nacht vom 8. zum 9. April 1863 seinem Leben ein Ende, indem er sich in Köln von der Brücke in den Rhein stürzte. Seine Leiche wurde unterhalb Rheindorf gelandet [78].

Aus Bonn vom 14. April wurde der Westf. Zeitung darüber geschrieben: „Wir beklagen auf das lebhafteste den Tod eines Mannes, der sich bei allen der vollkommensten Hochachtung erfreute. Bei den ersten Männern der Gegenwart und in der Regierung auf das rühmlichste anerkannt, anscheinend in zusagenden persönlichen und Familienverhältnissen lebend, wurde er, wie er selbst sagte, das Opfer von „Verblendungen". Ich spreche von jenem Unglücklichen, der sich in einer der letzten Nächte von der Rheinbrücke bei Köln stürzte und in den Fluten den Tod fand, von Dr. *Fr. Hoffmann*, dem Direktor der Provinzial-Irrenanstalt in Siegburg. Weithin ist sein Name, sind seine Schriften auf das vorteilhafteste bekannt. Er schien bestimmt, einer der ersten Koryphäen auf dem Gebiete der Psychiatrie zu werden, er war es vielleicht schon. Ob er für Verwaltungsangelegenheiten das Talent besaß, das ihm zugetraut worden war, als man ihm die Direktorstelle übertrug, ist nicht unseres Amtes und nicht an der Zeit, zu untersuchen. Es fand sich, daß die von ihm befürwortete Gasbeleuchtung der Anstalt mehr kostete, als er vorhergesehen und gesagt hatte, und daß der neue Brunnen, den er angelegt und der mittels einer Dampfmaschine die Anstalt mit Trinkwasser versorgen sollte, ein unbrauchbares Wasser lieferte. Das waren Unfälle, vielleicht Fehler, aber wie sehr er sie verschuldet haben mochte, er hatte sicherlich, indem er diese Anlagen durchsetzte, das Interesse der Anstalt im Auge und er würde für sich persönlich nicht anders gehandelt haben. Der tägliche Anblick Geisteskranker muß erschütternd auf sein Gemüt gewirkt haben, da

alle Mißgeschicke anderer Art seinen Entschluß zu sterben nicht hinlänglich begründen. Vielfach zirkuliert in Abschrift folgendes Schreiben, das der Verstorbene an den Verwalter der Anstalt in Siegburg hinterlassen hat: „Ich muß schaudern beim Anblicke des geschnörkelten Hauses über dem unbrauchbaren Brunnen, jeder Trunk Wasser macht mir Höllenpein: 14 000 Taler weggeworfen! Ich kann die Last des Daseins nicht mehr ertragen, die Qualen der letzten Wochen waren zu groß. An mir ist auch nichts zu bessern, beim besten Willen leide ich an Verblendungen, die mich und die Meinigen unrettbar ins Verderben ziehen. Indem ich mein Leben hingebe, hoffe ich, daß der Groll gegen mich erlöschen wird.“ [79]. Kurz vorher (4. II. 1863) war auch der zweite Arzt Dr. *Willing* gestorben.

Noch zu Lebzeiten beider, besonders aber nach *Willings* Tode, hatte sich in der Anstalt ein Verhältnis gebildet, welches teils zu innig, teils zu abstoßend wurde. Der Direktor *Hoffmann* schenkte erst zu spät den vielen ihm zugegangenen Mitteilungen Glauben, sodaß der Unfug den höchsten Grad erreichte, und *Hoffmann* war auch da noch zu schwach, ernstlich einzuschreiten, ja er hatte nicht einmal den Mut, seinen Kummer mitzuteilen.

Bei der näheren Untersuchung durch die Verwaltungskommission fand sich, daß der Unfug leider zu lange gedauert hatte, und eine Ausrottung nur durch Entfernung der beteiligten Personen möglich sei. Das ärztliche Personal bestand damals aus dem provisorisch die Stelle des zweiten Arztes bekleidenden zweiten Assistenzarzt und zwei jungen sogenannten Volontärs. Ersterer war zu sehr in der Sache kompromittiert und konnte unmöglich im Hause bleiben, die beiden letzteren so kurz im Hause, daß ihnen kaum die Lokalverhältnisse bekannt waren. In dieser schweren Lage wurde Dr. *Richarz*, Besitzer einer Privatirrenanstalt in Endenich und früher mehrere Jahre als erster Assistent in Siegburg tätig (s. oben), gewonnen, neben seinem Privatberuf auch noch die Leitung der Anstalt zu übernehmen [80].

Reform des rheinischen Irrenwesens.

Nachdem *Richarz* abgelehnt hatte, *Hoffmanns* Nachfolger zu werden, wurde Dr. *Werner Nasse*, bis dahin Direktor der Irrenanstalt Sachsenberg, 7. IX. 1863 zum Direktor Siegburgs berufen und trat 15. X. 1863 die Stelle an; gleichzeitig erfolgte seine Ernennung zum Geheimen Medizinalrat.

Aus dem ersten unter seiner Mitwirkung erstatteten Bericht der Verwaltungskommission über 1862/63 ist hervorzuheben sein

Antrag auf Vereinfachung der Verpflegung von fünf auf drei Tischklassen und auf eine Kostverbesserung durch eine erhöhte Butterportion und Vermehrung der Fleischtage von drei auf fünf in der Woche, sowie die sonst überall geübte Gewährung freier Arznei an alle in der Anstalt wohnenden Beamten mit ihren Familien und endlich die Mitteilung von der Fertigstellung der Wasserförderungsmaschine mit reichlich und einwandfreiem Wasser. Das erste unter *Hoffmann* geförderte Wasser war so stark eisenhaltig gewesen, daß es für alle Zwecke völlig unbrauchbar war.

In dem ärztlichen Bericht über 1862/63 (August 64) bespricht *Nasse* die seit den letzten 12 Jahren festzustellende erhebliche Zunahme der Aufnahmen (1852—55 durchschnittlich 183 Kranke, 1860—63 durchschnittlich 309 Kranke) und führt diesen Umstand auf die beträchtlich zahlreicheren und erleichterten Verkehrseinrichtungen in der Provinz sowie auf die Erleichterung der Zulassung der Kranken zu Kurversuchen seitens der Anstaltsdirektion zurück; mehr und mehr verliere dadurch allerdings die Anstalt den Charakter der reinen Heilanstalt. Er berichtet weiter über die ungünstigen hygienischen Verhältnisse, über zahlreiche Augenerkrankungen und sieben Erkrankungen an Typhus, wobei allein drei Beamte der Seuche erlagen, und kommt schließlich zu dem Ergebnis, daß er schon bald nach seinem Amtsantritt zur Überzeugung gekommen sei, daß es nicht angemessen erscheinen könne, mit ganz partiellen Verbesserungen oder gar Neubauten vorzugehen, sondern daß zunächst eine generelle Revision der baulichen Zustände der Anstalt vorzunehmen und dann die Frage zu erörtern sei, ob überhaupt eine solche Reform der Anstalt ausführbar sei, und ob diese überhaupt den Forderungen einer ausreichenden Irrenfürsorge in der ganzen Provinz entsprechen könne.

Auch die politische und die Fachpresse hatte sich mit den gesundheitlichen Verhältnissen in Siegburg befaßt und die Kölnische Zeitung am 25. und 29. VII. 1864 Anzapfungen gebracht, auf die der Direktor 31. VII. erwiderte, es sei richtig, daß die Ausdünstungen der Kloaken sich zu Zeiten in der Anstalt sehr bemerkbar machen; das Trinkwasser dürfte dagegen mit Grund nicht als Krankheitsursache anzuklagen sein [1].

Schließlich konnte sich auch die Aufsichtsbehörde den von allen Seiten eindringenden Vorstellungen nicht mehr verschließen, und die Verwaltungskommission beauftragte (20. I. 1864) den Direktor *Nasse* unter Zuziehung eines Bautechnikers einen vollständigen Restaurations- und Ergänzungsplan nebst Kostenüberschlag aufzustellen, um er-

messen zu können, ob und wie und mit welchen Kosten die Gebäude den begründeten Anforderungen gemäß umgestaltet werden könnten.

Nasse verfaßte nunmehr eine ausführliche Denkschrift (15. IX. 1864), in welcher er die Mißverhältnisse näher darstellte und in welcher die Kosten der Erneuerung und Erweiterung auf rund 160000 Taler veranschlagt wurden. Er ergänzte sie durch ein weiteres Pro memoria vom 4. X. 1864 über Verwendung Siegburgs zu einer Pflegeanstalt.

Der frühere II. Arzt Siegburgs Dr. *Focke* schrieb in der Kölnischen Zeitung [82] folgendes:

„Siegburg, obenhin betrachtet eine wohlausgebaute Abteiruine, ist dennoch vom Standpunkte der Irrenheilkunde, trotz einiger Verbesserungen der letzten Jahre, eine Irrenhausruine durch und durch. Besonders der seit 10 Jahren dreistöckig gewordene Tobbau ist etwas Entsetzliches und in dieser Art Einziges. Darüber herrscht Einstimmigkeit unter den irrenärztlichen Autoritäten Deutschlands, welche die Anstalt kennen. Es herrscht aber noch weiter Einstimmigkeit darüber, daß kein Umbau imstande ist, gewisse wesentliche Mängel zu beseitigen, welche die Lage bedingt. — Abgesehen von der Typhusgefahr und der Schwierigkeit der Wasserbeschaffung — ist es eine bare Unmöglichkeit, schroffen Mauer- und Felswänden für Gemütskranke ihre Gefahr zu nehmen und auf dem Siegberge so umzubauen, ohne ihr den Charakter eines Gefängnisses zu geben. — *Focke* bespricht sodann die Erkältungsgefahr und die erschwerte Heizung infolge Übermaß des Luftzuges und endlich die Kleinheit des Raumes auf der Höhe des Bergkegels. — „Ein Wort, das schon 20 Jahre vorher unmutig im Kreise junger Irrenärzte hingeworfen wurde, lautet: „Die Heilanstalt Siegburg ist — unheilbar!" — Einziger Ausweg ist ein Neubau. — Wir bitten zum Ersatz für Siegburg um einen Neubau, als erstes Glied einer Reihe für das Irrenwesen der Provinz notwendigen Veränderungen. Wir bitten, uns auch die Bezirkspflegeanstalten und das Landarmenhaus zu Trier zu überweisen. Wir bitten endlich um ein Irrengesetz für den preußischen Staat."

Der versammelte 17. Landtag, an den auch dieses Schreiben gerichtet war, wählte nunmehr auf Antrag des VII. Ausschusses am 19. X. 1864 eine Spezialkommission mit dem Auftrag, sich über die Leistungsfähigkeit resp. Brauchbarkeit Siegburgs zu unterrichten, über die vollständige Restauration oder Verlegung Siegburgs, eventuell die Errichtung mehrerer rheinischer Irrenanstalten und durch Vergleichung der Siegburger Anstalt mit anderen benachbarten Anstalten ein selbständiges Urteil zu gewinnen.

Diese Kommission, bestehend aus den Herren: Freiherr Raitz von Frentz-Garrath, Freiherr von Geyr-Schweppenburg, Kommerzienrat C. v. d. Heydt, Bürgermeister Contzen, Apotheker Dr. Riegel und Advokatanwalt Bremig, besuchte zusammen mit der Aufsichtsbehörde am 14. II. 1865 Siegburg, und Direktor *Nasse* benutzte diesen Zeitpunkt ein weiteres Pro memoria (Dat. 4. II. 1865) vorzulegen, das mit ausführlicher Begründung eine radikale Umgestaltung der rheinischen Irrenpflege vorsah, eine Vermehrung der Anstalten, die nach den von der deutschen Psychiatrie nunmehr allgemein angenommenen Prinzipien verbundene Heil- und Pflegeanstalten sein müßten. Das Pro memoria wurde als Manuskript gedruckt.

Der Bericht der ständigen Spezialkommission vom 30. X. 1865 [80] lautete: „Wir wollen es nicht verhehlen, daß wir alle, getäuscht durch den Ruf, den Siegburg als erste Anstalt dieser Art sich erwarb, als vor 40 Jahren der geniale Psychologe *Jacobi* sie gründete und leitete, von dem Vorurteil befangen waren, die von dem jetzigen Anstaltsdirektor und nach ihm von der Verwaltungskommission erhobenen Klagen würden wohl in hohem Grade übertrieben sein. Wir dachten uns, die Anstalt könne unmöglich mit einem Male so heruntergekommen sein, daß man sogar davon rede, sie als untauglich ganz zu verlassen, Mit solchen Vorstellungen betraten wir die ehemalige Abtei.

Um so niederschlagender war aber der Eindruck, den die Besichtigung des ganzen Instituts, besonders der Wohn- und Schlafräume der Irren auf uns machte. Als wir in den Teil der Schlafstellen eintraten, die in den öden, vor den Unbilden der Witterung notdürftig geschützten Dachräumen untergebracht sind, als wir die Wirkung des Frostes auf diese Unglücklichen fühlten — es war an jenem Tage 10° kalt — und uns vorstellten: wie sie im Sommer hier vor Hitze verschmachten, da mußten wir uns eingestehen, daß solche Zustände selbst in einem Detentionshause Tadel erfahren würden. Als Vertreter des rheinischen Provinziallandtages fühlten wir die Schamröte auf unsere Wangen steigen, daß in einer unter seiner Obhut stehenden Anstalt die unglücklichste und beklagenswerteste Klasse unserer Angehörigen in einer die Menschenwürde fast verletzenden Kümmerlichkeit beherbergt wird."

Die Kommission sprach sich dafür aus, daß jeder Regierungsbezirk seine Anstalt erhalten möge; ob das alte, baufällige Siegburg durch Einrichtung einer Wasserleitung und weitere hygienische Einrichtungen noch beibehalten werden könne, darüber solle das Gutachten einer bautechnischen Autorität entscheiden [81].

Auch die rheinischen Ärzte rührten sich: eine Petition der in der Rheinprovinz bestehenden Regierungsbezirksvereine der Ärzte an den 18. Provinziallandtag bat um Errichtung von mehreren Irrenheilpflegeanstalten, mindestens einer für jeden Regierungsbezirk, und zwar einer in die Nähe von Bonn, um diese Anstalt für den psychiatrisch-klinischen Unterricht nutzbar zu machen (4. XII. 1865).

Der III. Ausschuß des seit 3. XII. 1865 tagenden 18. Provinziallandtages trat 5. XII. 1865 den Vorschlägen der Spezialkommission bei und schlug als Ergebnis derselben dem Landtag in sieben Resolutionen vor: die Verlegung der Irrenanstalt von Siegburg, das Aufgeben der bisherigen prinzipiellen Scheidung von heilbaren und unheilbaren Irren, die Errichtung von fünf neuen gemischten Heil- und Pflegeanstalten für die einzelnen Regierungsbezirke und legte endlich ein für die Leitung und Verwaltung der fünf neuen Anstalten bestimmtes neues Regulativ vor, das besonders dem Provinziallandtage jene bestimmende Einwirkung auf die neuen Anstalten sichern sollte, welche in Westfalen bereits in Übung war.

Die diesem Regulativentwurf beigefügten Motive besagten in aller Kürze, daß bei der bisherigen Zusammensetzung der Verwaltungskommission von einer nur etwas selbständigen Mitwirkung der Provinzialstände nirgendwie die Rede sein könne; der erste Provinziallandtag habe dies schon erkannt und beantragt, daß einem der von den Ständen gewählten Mitglieder der Vorsitz zu übertragen sei. Eine entsprechende Änderung sei von den Landtagen 1845, 1851, 1852, 1854, 1856 und 1858 beantragt, aber stets abgelehnt worden.

In seiner Sitzung vom 7. XII. 1865 trat der Landtag den Vorschlägen des III. Ausschusses bei und nahm als 8. Resolution die Bestimmung an: „daß er die 7 Resolutionen als ein Ganzes betrachte und die Bewilligung der in Rede stehenden 2 Millionen Taler davon abhängig mache, daß auch das neue Regulativ die Allerhöchste Bestätigung finde". Er richtete außerdem unterm 9. XII. 1865 eine dahingehende Adresse an den König, mit der besonderen Bitte: „daß sowohl hinsichtlich des Baues als auch der späteren Verwaltung der Anstalten den Ständen die Selbstverwaltung dieser Provinzialinstitute Allergnädigst gegeben werden möge" [85].

Die gesamten Unterlagen zu der vom 18. Provinziallandtage beschlossenen Reform der rheinischen Irrenpflege — dazu auch ein Antrag vom Bürgermeister und Stadtverordneten und der Ärzte (s. unten) von Siegburg um Belassung der Anstalt in Siegburg — wurden von den fünf Regierungspräsidenten beraten und begutachtet.

Sämtliche Regierungen erkannten die Notwendigkeit einer Reorganisation der Irrenpflege an und ebenso, daß die Anstalt Siegburg als Heilanstalt aufgegeben werde, und daß die Scheidung zwischen heilbaren und unheilbaren Irren beseitigt, und daß gemischte Heil- und Pflegeanstalten eingerichtet würden; nur der Regierungs- und Medizinalrat in Düsseldorf teilte die Ansicht von der absoluten Unbrauchbarkeit Siegburgs nicht und glaubte, daß eine Umschaffung Siegburgs zu einer allen billigen Anforderungen entsprechenden Anstalt möglich und zweckmäßig sei. Die sonstigen Einwendungen gingen dahin, daß die Landtagsbeschlüsse über das Bedürfnis hinausgingen und daß auf die bestehenden Bezirksanstalten nicht gebührend Rücksicht genommen sei [86].

Eingehend erörterte der Oberpräsident die Frage der Zusammensetzung der Verwaltungskommission, die nach dem neuen Regulativentwurf drei Mitglieder der Stände enthalten sollte, also ein Stimmenübergewicht über die Stimmen der Staatsbeamten enthalte. Bis dahin, zuletzt noch 3. VII. 1863, waren dahingehende Anträge abgelehnt. Jetzt befürwortete der Oberpräsident die Genehmigung, um nicht die ganze, dringlich nötige Irrenpflegereform noch weiter zu verzögern.

Unterm 13. Oktober 1867 stimmten die Minister den Vorschlägen des Oberpräsidenten auf Genehmigung der sämtlichen acht Resolutionen des 18. Provinziallandtages unter ganz unwesentlichen Abänderungen bei und sagten zu, nunmehr die Genehmigung des Königs zu den Landtagsbeschlüssen einholen zu wollen. Diese erfolgte durch den Landtagsabschied vom 11. März 1868.

Die erste Sitzung der ständischen, mit der Durchführung der Irrenpflegereform beauftragten, aus 15 Mitgliedern bestehenden Finanz- und Baukommission, die mit „unbedingter Vollmacht" versehen war, fand in Koblenz am 17. November 1868 statt, in Anwesenheit des Oberpräsidenten von Pommer-Esche und des Anstaltsdirektors Dr. *Nasse*.

Der König verlieh *Nasse* den Roten Adlerorden IV. Klasse (14. XI. 1868).

Die *Lährsche* Zeitschrift [87] schrieb: „Die Rheinprovinz hat nach schweren Geburtswehen eine Reorganisation ihres Irrenwesens zutage gebracht" und brachte „zur dankbaren Erinnerung" die sämtlichen Namen der Mitglieder jener ständischen Spezialkommission, die nicht nur alle *Nasseschen* Reformvorschläge angenommen, sondern im Landtage auch alle durchgebracht hatte.

Das neue Reglement wurde 4. XI. 1872 vom König endgültig bestätigt und trat mit dem 1. Januar 1873 für die Anstalt Siegburg in Kraft. Die obere Leitung und Verwaltung der Anstalt ging durch das Regulativ von der bisherigen Verwaltungskommission auf den Verwaltungsrat über, und dieser bestimmte, um auch durch Personen aus seiner Mitte über den Zustand und die Verwaltung der Anstalt von Zeit zu Zeit informiert zu werden, zwei seiner Mitglieder zu Kommissaren, mit der Befugnis, die Anstalt jährlich zweimal zu revidieren und darüber unmittelbar zu berichten.

Die gesamten Akten und das Amtssiegel der Verwaltungskommission, die ihren Sitz in Köln gehabt hatte, wurden dem Provinzialverwaltungsrat in Koblenz zur Verfügung gestellt und von diesem z. T. zur Vernichtung bestimmt [88].

Die letzten Jahre Siegburgs.

Noch unter *Hoffmann* waren die Gasbeleuchtung, die Anlage feuerfester Treppen und die Wasserförderung fertiggestellt. Die Errichtung des Neubaus für tobsüchtige Frauen, für den 14000 Taler bereitgestellt waren, war indessen nicht begonnen und wurde inzwischen durch *Nasses* weitgehende Reformvorschläge überholt.

Nasse konnte in seinem ersten ärztlichen Bericht (August 1867) über die Jahre 1864/65/66 mitteilen, daß die vom 17. Landtage (1864) bewilligte Verlegung und Neueinrichtung der Kochküche sowie der Umbau der Aborte in Wasserklosetts vollendet, und daß dadurch die hygienischen Verhältnisse erfreulich gebessert seien. *Nasse* bezog sich sodann auf seine verschiedenen Promemoria und erhoffte baldigste Ausführung der vom 18. Landtage gefaßten großzügigen Beschlüsse. Er berichtete weiter, daß es trotz der großen lokalen Schwierigkeiten gelungen sei, die Anwendung von Zwangsbehandlungsmitteln wesentlich zu vermindern, und zwar besonders durch Einführung von Listen über jeden einzelnen Fall mit Angabe des Grundes, Dauer, Art und des Erfolges der Beschränkung; die vorsichtig bemessene Anwendung mechanischer Beschränkung sei eine Wohltat für die Kranken selbst, wie für die zu ihrer Pflege berufenen Gesunden.

Der Referent des VI. Ausschusses am 19. Landtage betonte, daß unter *Nasses* Verwaltung sich sämtliche Rechnungen und Belege durch ganz besondere Ordnung und Gründlichkeit auszeichneten, und daß bei der sorgfältigsten Prüfung sich nur sehr unwesentliche Fehler finden ließen [89].

Den ärztlichen Bericht über 1867, 68, 69 erstattete *Nasse* im März 1871: Nach Einrichtung der Wasserklosetts war die Anstalt in den Jahren 1866 und 1867 frei von Typhus gewesen. 1868 kamen indessen wieder drei Typhusfälle vor, die ursächlich auf die starke Entwicklung von Ausdünstungen bei Räumung einer Dünggrube für das gesamte Vieh zurückgeführt wurde. Im Januar 1867 kamen 14 Pockenfälle vor, deren erster durch einen aus einem Krankenhause eingelieferten Kranken eingeschleppt war.

Die Aufnahmeziffer war wieder wesentlich gestiegen (auf 361 im Jahre 1869), was zweifellos vorwiegend durch ein erleichtertes Aufnahmeverfahren bedingt war. Durch Erlaß vom 26. X. 1867 hatte nämlich der Oberpräsident bestimmt, daß die Aufnahmeanträge fortan unmittelbar von den Ortsbehörden an die Anstaltsdirektion zu richten seien, während sie vorher durch die Landräte bei den Regierungen einzureichen waren und von da erst an die Anstalt gelangten. Ein Ausgleich zugunsten der Belegungsmöglichkeit war dadurch geschaffen, daß der Oberpräsident unterm 28. X. 1868 die Heimatsbehörden angewiesen hatte, Kranke, die für die Behandlung nicht mehr geeignet seien, innerhalb 3 Wochen abzuholen, und daß nach Ablauf dieser Frist die Rücksendung durch die Anstalt auf Kosten der Säumigen geschehen könne [90].

Es ist natürlich, daß Siegburg, nachdem der Bau fünf neuer Anstalten beschlossen und Siegburg als Irrenheilanstalt endgültig aufgegeben war, ärztlich und verwaltungstechnisch vollständig in den Hintergrund trat. Akten und Verwaltungsberichte enthalten daher hinsichtlich Siegburgs nur noch das Allernotwendigste.

Aus dem Kriegsjahr 1870/71 findet sich die Notiz, daß fast die Hälfte des männlichen Personals eingezogen und daß der Ersatz mangelhaft war. Unter den Gefangenen von Sedan, die in den Lagern bei Köln interniert waren, war Geistesstörung nicht selten; Siegburg nahm aber nur vier Gefangene auf, von denen zwei genasen; gegen weitere Zuführungen hatte sich die Anstalt verwahrt, „da ihre Verhältnisse dadurch zum Nachteil der einheimischen Kranken Beeinträchtigung erlitten haben würden". Von deutschen Soldaten, die in und nach dem Feldzuge erkrankt waren, wurden im ganzen 31 aufgenommen; die Aufnahme von 4 wurde abgelehnt, da die Psychose bereits in terminalen Blödsinn übergegangen war; 23 hatten sich

bereits während des Feldzuges in Lazarettpflege (auch in Haft) befunden. Die Krankheitsfälle trugen im allgemeinen einen ungünstigen Charakter an sich. Dementia paralytica kam nur zweimal zur Beobachtung. Die Fälle waren nicht selten, wo, ohne daß eine auffallende Störung während der Dienstzeit beobachtet war, erst nach der Entlassung und Rückkehr in die Heimat die geistige Veränderung zum Vorschein kam und dann bei der nachgesuchten Pensionierung die größten Schwierigkeiten verursachte [91].

Die hygienischen Verhältnisse waren in Siegburg in den letzten Jahren günstig. Der lange Zeit in der Anstalt heimische Typhus durfte als ganz erloschen bezeichnet werden. Ein im Jahre 1873 eingeschleppter Typhusfall blieb vereinzelt, ebenso ein Pockenfall im Jahre 1872. Im Herbst 1872 und 1873, ebenso im Winter 1875/76 kamen mehrere Fälle von Ruhr vor.

Am 6. Januar 1875 beging man festlich das 50 jährige Bestehen der Anstalt. Trotz der ungünstigen Jahreszeit fanden sich manche der alten Bekannten des Hauses, Ärzte und Geistliche aus der Provinz, in der festlich geschmückten Anstalt ein. In einem Festakt mit Prolog, Musik- und Gesangvorträgen gab Direktor *Nasse* in längerer Rede einen Rückblick auf das vergangene halbe Jahrhundert. Beginnend mit den Verdiensten Siegburgs und *Jacobis* um die deutsche Irrenheilkunde, schilderte er die historische Entwicklung der Anstalt bis zur Gegenwart. Fast 10000 Kranke waren aufgenommen, steigend von jährlich 70 im ersten Jahrzehnt bis zu 340 im letzten. Die *Jacobi*-Stiftung für verdiente Wärter wurde an diesem Tage von einem Freunde des Hauses — es war *Nasse* selbst — durch Zuwendung eines Kapitals von 500 Taler vermehrt.

Der Landtagsabschied vom 15. V. 1874 hatte sämtlichen vom Landtag aufgestellten Reglements seine Zustimmung gegeben. Bisher war der Direktor der Anstalt Siegburg auf Vorschlag des Ministers des Innern, nach Anhörung des Provinzialverwaltungsrates durch den König ernannt; nunmehr geschah die Anstellung der Anstaltsdirektoren nach Anhörung des Landesdirektors durch den Provinzialverwaltungsrat und auf Lebenszeit durch den Landtag [92].

Nasse, zum Direktor der neuen Anstalt zu Andernach ernannt, siedelte 4. V. 1876 dorthin über. Sein Nachfolger in Siegburg wurde der bisherige II. Arzt Dr. *Ripping*. Nach seinem Fortgang als Direktor der Anstalt Düren (1. I. 1878) wurde bis zur endgültigen Auflösung der Anstalt der II. Arzt Dr. *Bartens* mit der Wahrnehmung der Direktorialgeschäfte beauftragt.

Die Anstalten Grafenberg, Merzig und Andernach wurden im Laufe des Jahres 1876 eröffnet, und nunmehr die den betreffenden Regierungsbezirken angehörenden Kranken aus Siegburg den neuen Anstalten zugeführt. Siegburg nahm von da an nur noch Kranke aus den Regierungsbezirken Aachen und Köln auf. Vom 14. November 1877 an wurden Kranke in Siegburg überhaupt nicht mehr aufgenommen.

Am 1. Mai 1878, morgens nach dem Frühstück, verließen die noch vorhandenen 87 Geisteskranken mit den letzten Beamten und Bediensteten die Anstalt, um mit Extrazug in die an diesem Tage eröffnete Anstalt Düren überzusiedeln.

So hatte die alte, erste und einzige Irrenheilanstalt der Rheinprovinz nach 53 jähriger Wirksamkeit ihre Aufgabe vollendet.

Die Inventarbestände Siegburgs ließen sich der als letzte der fünf neuen Anstalten eröffneten Anstalt zu Bonn nicht überweisen, weil die Mobilien und Einrichtungsgegenstände sich in einem so veralteten und z. T. reparaturbedürftigen Zustande befanden, daß sie für die neue Anstalt nicht paßten; sie wurden mit Zustimmung des Provinzialverwaltungsrates verkauft und brachten einen Erlös von rund 40000 Mark [93].

Die Personalakten der Kranken wurden an die fünf neuen Anstalten verteilt, je nach der Heimat der Kranken.

Die Bibliothek wurde der Anstalt Bonn überwiesen; die Apotheke blieb zunächst verpackt in Siegburg stehen und kam später nach Grafenberg. Über den Verbleib des ärztlichen Instrumentariums und der anatomischen Sammlung konnte ich nichts ermitteln. Der Direktor der Anstalt Düren bat 1879 um Überweisung der in Siegburg noch vorhandenen Zwangsmittel, „welche für die kulturhistorische Entwicklung der Psychiatrie einigen historischen Wert haben"; übersandt wurden zwei Zwangswesten, eine Maske von Eisen und ein Armschloß. Weiteres, auch der von ihm besonders erbetene Drehstuhl, war nicht mehr vorhanden [94].

Die spätere Zukunft Siegburgs schwebte lange in Ungewißheit.

Gelegentlich der 50 jährigen Jubelfeier schrieb die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie [95]:

„Ob die Wünsche, daß die in dem letzten Jahrzehnt in vielfacher Hinsicht baulich verbesserte Anstalt auch ferner dem Zwecke der öffentlichen Irrenpflege erhalten bleiben und etwa als Zentralsiechenanstalt (für epileptische und mit äußeren Schäden behaftete Irre und für irre Verbrecher) eine äußerst erfreuliche und notwendige Er-

gänzung für die neuen Provinzialanstalten bilden werde, einer Erfüllung gewärtig sein dürfen, ist noch ganz unsicher." Und noch 1879 (4. I.) beantragte der Verein der Ärzte des Regierungsbezirks Düsseldorf, unterstützt von den übrigen Regierungsbezirksärztevereinen beim Provinziallandtage: „Siegburg für irrenärztliche Zwecke zu erhalten und es zu einer Hilfsirrenanstalt für Krampfkranke und andere Sieche zu verwenden."

Der Landtag sprach aber seine Überzeugung dahin aus, daß den Wünschen der Petenten in den Grenzen des Erreichbaren Rechnung getragen sei und beschloß über die Angelegenheit zur Tagesordnung überzugehen [96].

Die Gebäude der Anstalt Siegburg wurden der Staatsregierung zunächst gegen eine Miete von 18000 Mark jährlich vermietet und durch Beschluß des 29. Provinziallandtages im Jahre 1883 für 470000 Mark verkauft. Der Kaufvertrag wurde erst 20. II. 1886 bestätigt; aber schon mehrere Jahre vorher war die Anstalt vom Fiskus übernommen und seitdem als Zivilgefängnis verwendet [97].

Die Ärzte und die wissenschaftliche Bedeutung Siegburgs.

In wissenschaftlicher Beziehung ist die Bedeutung Siegburgs aufs engste mit dem Namen des ersten ärztlichen Direktors *Jacobi* verbunden, und insofern ist, mit seinen Lebensjahren zusammen verlaufend, ein rascher Aufstieg, eine Glanzzeit und ein langsamer stetiger Nachlaß unverkennbar. Nach *Jacobis* Tode waren bezüglich des Baues von Anstalten wesentlich andere Ansichten aufgetreten, und an die Stelle des bisher üblichen Umbaus vorhandener Gebäude war man ausschließlich zur Errichtung von Neubauten übergegangen, neben denen sich das alte, inzwischen baulich veraltete Siegburg nicht behaupten konnte.

Als *Jacobi* sich der Psychiatrie zuwandte, lag das Irrenwesen Deutschlands im argen, seine wissenschaftlichen Vertreter hatten sich in zwei Lager gespalten und bekämpften sich in ermüdendem Theoriestreit, wovon die einen die Entstehung eines jeden Irreseins aus einem vorhergegangenen Körperleiden, die anderen dagegen ein wenigstens zuweilen vorkommendes „reines", durch kein Körperleiden ursächlich bedingtes Irresein behaupteten. Da trat *Jacobi* auf und ging mit unbefangenem Blick und in tatkräftiger Weise an die praktische und wissenschaftliche Förderung der Irrenheilkunde [98].

Die erstgenannte Lehre, daß jedes Irresein von körperlicher

Krankheit bedingt werde, fand in *Jacobi* einen ihrer geistvollsten Verteidiger [99]. Dementsprechend nahmen Untersuchung und Behandlung des Körpers in seiner wissenschaftlichen Arbeit einen breiten Raum ein. Dennoch ließ diese von ihm persönlich in reichem Maße ausgeübte rein ärztliche Tätigkeit sowie die starke Inanspruchnahme durch die Anstaltsverwaltung ihm noch Zeit zu einer fruchtbringenden schriftstellerischen Tätigkeit, die ihn außer zur Gründung von Fachzeitschriften auch zur Bearbeitung von Fragen aus der psychiatrischen Praxis und zur Veröffentlichung rein philosophischer Arbeiten veranlaßte [100].

Wenn berichtet wird, daß Siegburg nach dem Erscheinen von *Jacobis* Hauptwerk: Über die Anlegung und Einrichtung von Irrenheilanstalten, mit ausführlicher Darstellung der Irrenheilanstalt zu Siegburg 1834 — „die förmliche Hochschule für alle deutschen Ärzte, welche sich der Irrenheilkunde widmen wollten [101])", geworden war, so wird man annehmen dürfen, daß für diese die Anstalt selbst, ihre Einrichtung und Leitung und die praktische Irrenfürsorge die Hauptanziehungskraft gewesen ist.

Schon bei den allerersten Verhandlungen über die Wahl des Ortes für die neue Irrenheilanstalt (siehe vorn) war vom Ministerium angeregt worden, zwecks Förderung der Irrenheilkunde bei den Studierenden der Medizin Rücksicht zu nehmen auf die Nähe der neuen Universität in Bonn oder Köln, und außer anderen Gründen ist auch dieser Gesichtspunkt bei der Wahl Siegburgs wesentlich mitbestimmend gewesen [102].

Zu dem Ende, zwischen *Friedrich Nasse* in Bonn, dem außerordentlichen Regierungsbevollmächtigten bei der Universität Bonn Geh. Regierungsrat *v. Rehfues* und dem Direktor *Jacobi* im Jahre 1830 gepflogene Verhandlungen führten auf *Jacobis* Vorschlag dazu, daß vom Sommer 1830 an drei Praktikanten aus dem medizinischen Klinikum in Siegburg während der Ferien praktischen Unterricht in Psychiatrie genossen, im Anschluß an *Nasses* theoretische Vorlesungen. Durch Reskript vom 10. VI. 1831 genehmigte der Minister die bezüglichen Vorschläge und bewilligte für jeden Teilnehmer aus dem Stipendienfonds der Universität eine Beihilfe von 20 Taler.

Die Einrichtung hat jahrzehntelang bestanden (mindestens bis 1871) und wurde in dem Verzeichnis der Vorlesungen mit den Worten aufgeführt: Praktischer Kursus für die Erkenntnis und Behandlung der Gemütskrankheiten in der Irrenheilanstalt Siegburg während der Ferienzeit. Es sind in der Anstalt die Teilnehmer an diesen Kursen

nicht aufgezeichnet worden; ihre Anzahl ist eine sehr große gewesen [103]. Im Jahre 1860 war *Pelman* unter ihnen und wurde dadurch dauernd der Psychiatrie zugeführt. 1863 las *Finkelnburg* an der Universität Bonn ein Repetitorium der Psychiatrie mit Exkursionen nach Siegburg.

In die Amtszeit *Hoffmanns* fällt die als sehr zeitgemäß und beachtenswert bezeichnete Entschließung des Kultusministers, in Siegburg zwei neue Assistenzarztstellen für junge Ärzte zu schaffen, welche den Staatskursus absolviert hatten und sich mit psychiatrischen Studien beschäftigen wollten. In Anbetracht der unzureichenden psychiatrischen Studien auf den Hochschulen beabsichtigte der Kultusminister solchen Ärzten Gelegenheit zu bieten, das massenhafte Material der Siegburger Anstalt zu benutzen. Jeder Arzt erhielt für die Zeit seines Aufenthaltes, welcher ein Jahr nicht überschreiten sollte, 100 Taler Remuneration. Jeder Arzt aus der ganzen Monarchie könne dabei konkurrieren. Bei den Bewerbungen sollten vorzüglich die im Staatsexamen erworbenen Zensuren berücksichtigt werden [104]. Die Remuneration wurde 1866 auf 200 Taler erhöht und blieb auf dieser Höhe bis in die Neuzeit bestehen. Dem Ersuchen des Ministers, diesen sog. Eleven anstaltsseitig freie Station zu gewähren, kam der Landtag nach.

Endlich ist zu erwähnen die wohl auf *Hoffmanns* Anregung zurückzuführende Gründung des psychiatrischen Vereins zu Siegburg. In der Vereinssitzung vom 22. VII. 1862 hielt *Hoffmann* einen Vortrag über die Einteilung der Geisteskrankheiten in Siegburg [105].

Unter den Siegburger Ärzten der *Jacobischen* Zeit, die sich schriftstellerisch wissenschaftlich betätigten, ist als erster *Bird* zu nennen, wenn auch seine Arbeiten infolge der Mißhelligkeiten zwischen ihm und *Jacobi* (s. vorn) kaum auf seine Mitarbeit in Siegburg zurückgeführt werden dürfen [106].

Über des II. Arztes Dr. *Richarz* schriftstellerische Tätigkeit ist vorn berichtet. Sein Nachfolger Dr. *Focke* hatte Gelegenheit, in einem längeren Aufsatz den Fortbestand Siegburgs als reine Heilanstalt gegen *Nasse* zu verteidigen; *Jacobi* hatte von seinem ihm regelmäßig zustehenden Recht Gebrauch gemacht und die Aufnahme einiger von *Nasse* noch als heilbar bezeichneter Kranker als unheilbar zurückgewiesen, und *Nasse* hatte daraufhin u. a. verlangt, daß fortan eine Kommission über Aufnahme und Entlassung entscheiden solle; *Focke* sah darin eine unberechtigte Unmündigkeitserklärung der Anstaltsdirektion [107].

Ferner trat *Focke* dadurch hervor, daß er in dem 14. X. 1848 ge-

ründeten Bürgerverein des Siegkreises einen der Hauptredner stellte nd 6. I. 1849 in einem Kongreß der konstitutionellen Vereine Rhein- nds und Westfalen zu Dortmund als Deputierter Siegburgs teilnahm. 'on Juli 1845 bis Februar 1846 führte ihn eine durch ein staatliches tipendium ermöglichte Studienreise in Anstalten Süddeutschlands, sterreichs, Frankreichs, Englands und Schottlands. Seine Reiseein- rücke legte er in ausführlichen Briefen an *Jacobi* nieder, die noch er- alten sind.

Mit *Jacobi* und *C. B. Heinrich*, Assistenzarzt der Anstalt zusam- nen begründete *Focke* 1. XII. 1847 den Verein der Ärzte des Sieg- reises; er entwarf die Einladung zur Gründungsversammlung und ildete mit *Jacobi* und *Ness* aus Siegburg den ersten Vorstand. Er schrieb den Nekrolog seines Freundes und Kollegen *C. B. Heinrich* (s. unten) und den Nekrolog *Jacobis* in der Kölnischen Zeitung [108]. Beim Turnen mit Anstaltsinsassen zog er sich eine schwere Neuralgie zu, die ihn nötigte, nach einjährigem Erholungsurlaub, der keine hin- reichende Besserung brachte, seine Stellung aufzugeben. Er behielt sein Interesse für seine frühere Tätigkeit bei und veröffentlichte 1864 einen Aufsatz über das rheinische Irrenwesen in der Kölnischen Zeitung (Nr. 280), sowie 1870 eine Flugschrift: Deutsches Irrenwesen und Unwesen, nahm auch, als er sich 1862 von der Stadtpraxis in Koblenz zurückgezogen hatte, dauernd Psychisch-Deprimierte in sein Haus auf. Er starb 27. XII. 1904 im Alter von 84 Jahren.

Als II. Arzt in Siegburg folgte ihm *Koster* (1. XII. 52.—31. V. 52.), der als II. Arzt an die Anstalt zu Marsberg berufen wurde. Am 1. I. 1859 begründete Koster die Zeitschrift „Der Irrenfreund".

Ihm folgte *Willing*, der schon früher 1½ Jahre Stellvertreter des II. Arztes gewesen und dann ausgeschieden und praktischer Arzt in Runkel geworden war, von 1. VI. 52 bis 4. II. 63. Er veröffentlichte: „Die Siegburger Irrenheilanstalt und ihre Bedeutung für die Rhein- provinz", Köln 1854, eine Propagandaschrift zwecks häufigerer und frühzeitiger Zuführung Kranker in die Anstalt zugunsten einer besse- ren Prognose; *Jacobi* schrieb dazu das Vorwort. Aus der Schrift ist die Mitteilung folgender ganz modernen Ansicht von Wert:

Sagen wir nur einfach: die Heilanstalt zu Siegburg ist ein Kranken- haus, ein Hospital, nichts anderes. Wie man in größeren Städten für besondere Krankheiten besondere Krankenhäuser, Hospitäler mit be- sonderen, auf ihren jedesmaligen Zweck berechneten Einrichtungen hat; so ist die Heilanstalt zu Siegburg ein Hospital für Seelenstörungen,

und alle seine Einrichtungen und Heilmittel sind keine anderen als solche, welche ihrem Zweck dienlich sind.

Ferner schrieb er „Über die wichtigsten medizinischen und philosophischen Lehren als Andeutung des Entwickelungsganges der Psychiatrie", und überreichte die Arbeit *Jacobi* als Festgabe zu seinem 50 jährigen Doktorjubiläum 21. III. 1857 [109]. *Willing* wurde nach *Jacobis* Tode (18. V. 1858) zum kommissarischen Direktor ernannt, während *Finkelnburg* die Stelle des II. Arztes versah. *Willing* verfaßte als solcher den ärztlichen Verwaltungsbericht über das Jahr 1858, der zugleich einen zusammenfassenden Bericht über *Jacobis* Wirken enthielt.

Nach der Übernahme der Direktorstelle durch *Fr. Hoffmann* wurde *Willing* der Rote Adlerorden IV. Klasse verliehen. Er starb 4. II. 1863 an Zungenkrebs.

Von den Assistenzärzten verdienen außer denjenigen, welche sich, wie oben mitgeteilt, nach ihrem Aufrücken in die II. Arztstelle um die Anstalt besonders verdient gemacht und sich literarisch betätigten, folgende besonders genannt zu werden:

Ad. Albrecht Erlenmeyer (geb. 11. VII. 1822, gest. 9. VIII. 1877) von 1. VIII. 1844 bis 28. II. 1846 Assistenzarzt in Siegburg, leitete die 11. VII. 1846 von ihm eröffnete Privatheilanstalt für Gemüts- und Nervenkrankheiten zu Bendorf, redigierte von 1854 an das Korrespondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie und war auch sonst vielfach literarisch tätig.

C. B. Heinrich (geb. 17. IX. 1819) Dr. phil. et Dr. med. von 1. XII. 1846 bis 29 II. 1848 Assistenzarzt in Siegburg, dann Professor in Königsberg, starb dort 16. IV. 1849 durch Suicid. Seinen Nekrolog, der ausführliche Angaben über seine literarische Tätigkeit enthielt, schrieb *Focke.* [110].

B. Gudden (geb. 7. VI. 1824 gest. 13. VI. 1886) vom 8. VI. 1849 bis 11. XI. 1850 Assistenzarzt in Siegburg, wurde 1855 Direktor der neu eröffneten Kreisirrenanstalt zu Werneck, 1869 Direktor der ebenfalls neu eröffneten Irrenanstalt Burghölzli, und Professor der Psychiatrie in München und starb 13. VI. 1886 den Opfertod im Starnberger See.

Pelman (geb. 28. I. 1838 gest. 21. XII. 1916) von 29. IX. 1864 bis 26. VI. 1866 Assistenzarzt in Siegburg, über dessen sehr reiche literarische Tätigkeit Umpfenbach im Nekrolog berichtet hat [111]. Eine seiner ersten und für seine Anstaltstätigkeit wertvollsten Veröffentlichungen war ein Bericht über seinen Besuch in englischen und französischen Irrenanstalten 4. VII. 1869 [112].

Das Warte- und Dienstpersonal.

Das erste von *Jacobi* entworfene Reglement der Anstalt, das von der vorgesetzten Behörde, dem Oberpräsidenten in Coblenz unterm 17. XII. 1824, also kurz vor Eröffnung der Anstalt genehmigt wurde, enthält u. a. auch eine Dienstanweisung für das Wartepersonal. *Jacobi* veröffentlichte sie in seinem Werk „Über Anlegung und Einrichtungen von Irrenanstalten" (1834), und sie ist von zahlreichen anderen Anstalten fast wörtlich übernommen und jahrzehntelang benutzt worden. Sie wurde so lange dem vom II. Arzt der Anstalt dem Wartepersonal erteilten Unterricht unterlegt, bis die Druckexemplare vergriffen waren und der derzeitige II. Arzt Dr. *Willing* sie durch eine „Kurze Anweisung zur Pflege und Beobachtung der Irren" ersetzte (1861) [113].

Im Jahre 1850 plante Dr. *Meyer* in Eitorf, früher Arzt in Siegburg und damals Besitzer einer kleinen Privat-Irrenanstalt zwecks Erzielung tüchtigen Irren-Wartepersonals die Einrichtung einer Irrenwärterschule und erbat sich, da seine Krankenzahl nicht dazu ausreiche, Überweisung einiger Kranker aus Siegburg. *Jacobi* reichte den Antrag mit einem befürwortenden Gutachten in Berlin ein. Das Ministerium bezeichnete aber „bei aller guter Absicht" das Projekt „als nicht hinreichend durchdacht, unpraktisch und unreif", verhielt sich ablehnend und äußerte sich weiter dahin, daß der nämliche Zweck viel einfacher und vollkommener in Siegburg selbst verfolgt werden könne; man sei damit einverstanden, daß bei der nächsten Revision der Verwaltungskommission in Siegburg die Angelegenheit erörtert würde, und daß in der Anstalt immer einige Wärter beiderlei Geschlechts über das Bedürfnis der Anstalt selbst gehalten würden, namentlich auch, um auf Erfordern jederzeit für die Privatflege von Irren überlassen zu werden [114].

Anscheinend ist dieser Plan aber nicht weiter verfolgt, denn in allen späteren Verwaltungsberichten wurde betont, daß Wartepersonal nicht über die durch den Etat vorgesehene Normalzahl gehalten worden sei, und zweifellos wird die immer wieder vom Landtage geforderte Vermeidung aller nicht unbedingt nötigen Ausgaben hierbei mit maßgebend gewesen sein.

Die Leistungsfähigkeit und Opferwilligkeit des Wartepersonals, besonders aber die des weiblichen, wurde vom II. Arzt Dr. *Willing*, in dem Gesamtbericht, den er nach *Jacobis* Tode über dessen Wirksamkeit erstattete, lobend hervorgehoben. Nicht wenig mag dazu der patriarchalische Ton beigetragen haben, den *Jacobi* dem ganzen An-

staltsleben zu geben verstanden hatte und der besonders bei Gestaltung der Anstaltsfestlichkeiten zur Geltung kam. Lobend und anspornend wirkte in diesem Sinne auch die Jacobi-Stiftung (s. diese).

Die Besserung der wirtschaftlichen Lage des Personals haben sich Direktor und Verwaltungskommission dauernd angelegen sein lassen. Bereits auf dem 4. Landtage (1883) hatte sich eine Mehrheit für ein Siegburger Pensionsreglement gefunden; da aber dem Beschluß die Zweidrittelmehrheit abging und der 5. Landtag (1835) die Bildung eines Pensionsfonds ablehnte, kam das Reglement nicht zur Ausführung [115]. Im Einzelfall wurden indessen doch Pensionen gewährt; und so findet sich bereits seit Einrichtung der Anstalt in den Rechnungen der Ausgabetitel: Pensionen für die in der Anstalt während eines längeren treuen Dienstes unbrauchbar gewordenen Wärter und Wärterinnen; als erster Empfänger wird 1843 eine Köchin genannt, die der Anstalt 16½ Jahre treu gedient und ihre Gesundheit größtenteils bei Wahrnehmung ihres beschwerlichen Berufes und der feuchten und zugigen Küche eingebüßt habe. Die Pension wurde auf 20 Taler jährlich festgesetzt [116]. Die erste Wärterin wurde 1849 nach 14 jähriger Dienstzeit pensioniert. Im Verwaltungsbericht 1843/44 erörterte der Anstaltsdirektor eingehend die Personalfrage. Da im Landtag dauernd auf größte Ersparnis hingearbeitet wurde, war er genötigt, sowohl die Anzahl der Wartepersonen — eine auf 7 bis 8 Kranke — zu verteidigen, wie auch darauf hinzuweisen, daß beim Dienstpersonal die Löhne die nämlichen geblieben seien wie vor 20 Jahren bei Errichtung der Anstalt, daß aber seitdem die Löhne sonst außerordentlich gestiegen seien, sodaß sich für den Anstaltsdienst „nur die schlechteren Subjekte melden, die anderswo kein Unterkommen zu finden wissen".

Der übernächste Bericht 1846/50 (1851) brachte einen gleichsinnigen längeren Ausfatz *Jacobis* hinsichtlich Besserstellung des Wartepersonals. Er verlangt: höheren Anfangslohn und Steigerung bis zum Höchstlohn für Alle, kontraktliche Pensionszusicherung nach längerer und treuer Dienstzeit und Vermehrung der Wärterstellen um eine Stelle, um häufigere und ausgedehntere Beurlaubungen „zu den bei dieser Art von Krankenwärterdienst so besonders nötigen und wohltätigen Erholungen ohne Nachteil für die Krankenpflege ermöglichen zu können". Der VII. Ausschuß des 9. Landtages (1851) glaubte aber, über diese Anträge hinweggehen zu sollen, weil sie nicht in der gehörigen Form bei der ständischen Kommission angebracht seien. Das Plenum des Landtages schloß sich dieser Ansicht an. Einzelne Fälle von Dienstunfähigkeit langjährig gedienten Personals

fanden indessen doch stets Berücksichtigung, bedurften aber der Genehmigung des Landtages.

Eine Verbesserung des Einkommens des Warte- und Dienstpersonals wurde erst möglich, als seit dem Jahr 1859 ein besonderer Dispositionsfonds in den Etat für diesen Zweck „nach dem Ermessen der Verwaltungskommission" eingesetzt war. Man wird hierzu genötigt gewesen sein, da es namentlich an geeignetem Wartepersonal für die Besetzung der etatsmäßigen Stellen gemangelt hatte. Dieser Dispositionsfonds betrug 10% der gesamten Lohnbeträge des Warte- und Dienstpersonals.

Im Etat für 1864 wurde eine Erhöhung der Löhne des Dienstpersonals vorgesehen, und im Jahre 1872 beschloß, unter Hinweis auf die allgemeine Steigerung der Löhne der 20. Landtag eine Lohnerhöhung, aber nur für das männliche Wartepersonal [117]. Ein Pensionsreglement für die Beamten in Siegburg wurde vom 13. Landtag (1858) genehmigt [118].

Wohlfahrtsbestrebungen in Siegburg.

Von den in Siegburg vorhandenen Wohlfahrtsbestrebungen verdient in erster Linie die „Jacobi-Stiftung" genannt zu werden. Beim Festmahl zur Feier der 50. Wiederkehr des Tages, an welchem *Jacobi* die Doktorwürde erworben hatte, am 21. März 1847, wurde auf Anregung eines früheren Arztes der Anstalt, Dr. *Meyer* in Eitorf ein Fonds gegründet, aus dessen Zinsen den tüchtigsten Wärtern und Wärterinnen alljährlich ein ihren Leistungen entsprechendes Geld-Geschenk gemacht werden sollte [119]. Die feierliche Übergabe der Geschenke erfolgte stets am Stiftungstage. Von 1851 an wurde die Feier mit einem gemeinsamen Mittagsmahle verbunden, das die Anstaltsbeamten mit ihren Familien veranstalteten und zu welchem die für die Geschenke vorgesehenen Wärter und Wärterinnen eingeladen wurden.

Nach den Statuten der Stiftung sollten solche Wärter und Wärterinnen mit der Auszeichnung bedacht werden, die sich durch besondere dauernde Pflichttreue im Umgang mit den Kranken, oder durch Akte hervorstechender Aufopferung hervorgetan hatten. Als solche wurden in den vorliegenden gedruckten Jahresberichten genannt: die treue Pflege von Typhus- und Pockenkranken, das Herunterholen eines Kranken vom Hausdach und die mit eigener Lebensgefahr bewirkte Rettung eines Kranken aus dem hochgeschwollenen Mühlgraben.

Gelegentlich der Feier des 50 jährigen Bestehens der Anstalt am 6. Januar 1875 überwies Direktor *Nasse* der Jacobi-Stiftung die Summe von 500 Talern.

Bei Auflösung der Anstalt Siegburg ging die Verwaltung der Jacobi-Stiftung zunächst an die Anstalt Düren über. Am 11. Nov. 1893 beschloß die Generalversammlung die Auflösung der Stiftung, die inzwischen den Namen Jacobi-Stiftungs-Verein angenommen hatte. Sie übertrug aus verwaltungstechnischen Gründen die Verwaltung der Stiftung der Provinzial-Hauptverwaltung und bestimmte, daß die Erträgnisse der Stiftung alljährlich zu gleichen Teilen den fünf neuen Anstalten zur Verwendung im bisherigen Sinne der Stiftung überwiesen würden und daß die Beträge in die Einzeletats der Anstalten in Einnahme und Ausgabe unter dem besonderen Titel „Zinsen und Jacobi-Stiftung" einzusetzen seien.

Bereits seit 1840 war durch freie Gabe von Freunden der Anstalt und von abgehenden Kranken oder deren Verwandten eine „Unterstützungskasse" gebildet und erhalten worden, deren Erträge teils zum Vergnügen der Kranken in der Anstalt, teils zur Unterstützung Entlassener Verwendung fanden. Ein besonderer „Fonds zur Unterstützung entlassener Kranker" wurde von *Jacobi* ins Leben gerufen, als im Jahre 1852 durch die Überweisung des Nachlasses eines in der Anstalt verstorbenen Kranken aus höheren Ständen (Freiherr von Bodelschwingh-Plettenberg) zu wohltätigen Zwecken eine Summe zur Verfügung gestellt war, die er hierfür bestimmte, und er selbst war stets darauf bedacht, diese Summe durch erbetene Beiträge von Angehörigen der Kranken allmählich zu vergrößern. Die Verwaltung geschah durch Beamte der Anstalt (II. Arzt oder Rendant) [120].

Am 21. Oktober 1869 stiftete der frühere Arzt der Anstalt Dr. *Richarz* in Endenich aus Anlaß des 25 jährigen Bestehens seiner Privatanstalt für den gleichen Zweck 500 Taler [121] und bei der Feier des 50 jährigen Bestehens der Anstalt am 6. I. 1875 schenkte Direktor *Nasse* gleichfalls 500 Taler.

Direktor *Nasse* hatte sich auch sonst angelegen sein lassen, den Fonds durch Vermittelung von Geschenken und Beiträgen seitens bemittelter Kranker stetig zu vermehren, sodaß bei Auflösung der Anstalt 1878 die Stiftung rund 8850 Mark betrug. Die Verwaltung wurde von der Provinzial-Hauptverwaltung übernommen und die Zinserträge seitdem den fünf neuen Anstalten anteilsmäßig zur eigenen Verwendung überwiesen.

Die Ärzte und Beamten der Anstalt Siegburg.

(Nach der von den Beamten der Anstalt dem Direktor *Jacobi* zu seinem 50 jährigen Doktorjubiläum am 21. III. 1847 übermachten und von ihm selbst bis zu seinem Tode fortgeführten Personal-Chronik.)

I. Direktoren.

1. Dr. *Maximilian Jacobi*, Königlicher Obermedizinalrat, seit Eröffnung der Anstalt am 1. Januar 1825, gest. 18. 5. 1858.
2. Dr. *Friedrich Hoffmann*, Direktor der Prov. Irrenanstalt Schwetz, ernannt 14. IX. 1859, eingetreten 1. I. 1860, gest. 8. IV. 1863.
3. Dr. *Werner Nasse*, Direktor der Irrenanstalt Sachsenberg, ernannt 7. IX. 1863, eingetreten 5. XI. 1863; 1. IV. 1876 als Direktor nach Andernach.
4. Dr. *Ripping*, II. Arzt in Siegburg, 1. IV. 1876 bis 31. XII. 1877, als Direktor nach Düren.

II. Zweite Ärzte.

1. Dr. *Bird*, vom 1. I. 1830 bis 30. VI. 1834, pensioniert, starb in Bonn am 19. März 1851.
   Dr. *Willmanns*, Stellvertreter desselben vom 1. VII. 1834 bis 15. VIII. 1835.
2. Dr. *Richarz*, vom 26. I. 1836 bis 3. IX. 1844.
3. Dr. *Focke*, vom 3. IX. 1844, verabschiedet mit 1. XII. 1852, nach vorheriger Beurlaubung vom 1. XII. 1851 bis dahin.
4. Dr. *Koster*, Stellvertreter desselben vom 1. XII. 1851 bis 31. V. 1852, seinem Abgange als II. Arzt der Irrenanstalt zu Marsberg.
5. Dr. *Willing*, Stellvertreter vom 1. VI. bis 30. XI. 1852, als II. Arzt definitiv angestellt vom 1. XII. 1852, kommissarischer Direktor 18. V. 1858 bis 31. XII. 1859, gest. 4. II. 1863.
6. Dr. *Besser*, kommissarischer II. Arzt 20. IV. 1863 bis 11. VII. 1866; gründete am 1. IX. 1866 eine Privatanstalt zu Pützchen.
7. Dr. *Pelman*, aus Bonn (vorher ärztlicher Assistent), 20. VI. 66 bis 14. VII. 1871, wurde Direktor der elsässischen Irrenanstalt Stephansfeld.
8. Dr. *Ripping*, aus Gieboldehausen 16. VIII. 1871 bis 31. III. 1876; wurde Direktor der Anstalt Siegburg,
9. Dr. *Bartens*, I. Hilfsarzt in Hildesheim 1. VII. 1876 bis 30. IV. 1873, als II. Arzt nach Düren.

III. Ärztliche Assistenten.

1. *Funk*, vom 1. I. 1825 bis 31. XII. 1825.
2. *Casaretto*, vom I. I. 1826 bis 31. XII. 1826.
3. *Meyer*, v. 1. I. 1827 bis 31. VIII. 1830, dann prakt. Arzt in Eitorf.
4. *Look* vom 1. IX. 1830 bis 30. IX. 1832..
5. *von Schwedter*, vom I. X. 1832 bis 15. I. 1833.
6. *Heermann*, vom 16. I. 1833 bis 31. III. 1834; gest. als Professor der Medizin zu Tübingen 1844).
7. *Lorent*, vom 15. II. 1834 bis 31. III. 1835; dann prakt. Arzt in Bremen.
8. *Hartmann*, vom 1. IV. 1835 bis 31. XII. 1835.
9. *Röchling*, vom 1. I. 1836 bis 31. XII. 1837; später prakt. Arzt in Neuwied.
10. *Schornstein*, vom 1. I. 1838 bis 31. V. 1839, gest. 1846.
11. *Tiekmann*, vom 1. VI. 1839 bis 20. X. 1840.
12. *Loeper*, vom 21. X. 1840 bis 31. III. 1842; später prakt. Arzt in Coblenz.
13. *Willing*, vom 1. IV. 1842 bis 31. I. 1846; 1½ Jahr Stellvertreter des II. Arztes (prakt. Arzt in Unkel).
14. *Hausmann*, vom 1. VII 1843 bis 30. VI. 1844, II. Assistent und Verweser der Hausapotheke.
15. *Focke*, vom 11. XII. 1843 bis 2. IX. 1844 erster Assistent, dann II. Arzt.
16. *Schmidtborn*, vom 1. VI. 1844 bis 1. VII. 1844, erster Assistent.
17. *Reichold*, vom 1. VII. 1844 bis 15. I. 1847, II. Assistent.
18. *Erlenmeyer*, 1. VIII. 1844 bis 28. II. 1846 erster Assistent, vom 1. X. 1844 bis 30. IX. 1845 abwesend; dann prakt. Arzt in Bendorf.
19. *Hittorf*, vom 1. X. 1844 bis 30. IX. 1845, I. Assistent, gest. 1846.
20. *Geller*, vom 1. II. 1846 bis 1. IV. 1846, I. Assistent.
21. *Bergrath*, vom 1. IV. 1846 vis 30. XI. 1846, I. Assistent.
22. Dr. *C. B. Heinrich*, vom 1. XII. 1846 an I. Assistent, bis Ende Febr. 1848, folgte einem Ruf als Professor nach Königsberg und starb daselbst 1849.
23. *Fr. Koster*, vom 15. I. 1847 als II. Assistent bis 30. IX. 1847. Am 1. IV. 1849 als I. Assistent wieder eingetreten, blieb in dieser Eigenschaft bis Ende Nov. 1851, wo ihm die Vertretung des II. Arztes (s. dies.) übertragen wurde.
24. Dr. *Karl Nitzsch*, I. Assistent vom 1. III. 1848 bis Ende März 1849.
25. *Funke*, II. Assistent vom 1. X. 1847 bis 27. IV. 1848.
26. Dr. *Fried. Strahl*, II. Assistent vom 28. IV. 1848 bis 12. II. 1849.

27. *C. Heck*, II. Assistent vom 13. II. bis 7. VI. 1849.
28. Dr. *B. Gudden*, II. Assistent vom 8. VI. 1849 bis 11. XI. 1850.
29. *Werner Eiser*, II. Assistent vom 1. XII. 1850, abgegangen am 30. XI. 1851.
30. *Gustav Peterson*, II. Assistent vom 1. XII. 1851 bis 6. XI. 1852.
31. Dr. *Peters*, I. Assistent, vom 1. XII. 1851 bis 31. XII. 1852.
32. Dr. *Beyer*, I. Assistent vom 1. I. 1853 bis 31. Dez. 1854; übernahm die Privat-Irrenanstalt zu Mörs.
33. Dr. *Zeller*, Assistenzarzt vom 1. I. 1855 bis 15. IV. 1857; wurde Direktor der Irrenanstalt des Kantons Thurgau.
34. Dr. *Finkelnburg*, Assistenzarzt vom 15. IV. 1857, fungierte vom 18. V. 1858 bis 31. XII. 1859 als II. Arzt; ausgetreten 1. II. 1861; wurde Kreisphysikus in Cochem a. d. Mosel.
35. Dr. *Colman* aus Bonn 1. I. 1859 bis 31. X. 1859.
36. Dr. *Haun* aus Bonn; 1. XI. 1859.
37. Dr. *Adolf Sander* aus Elberfeld, 1. II. 1861 bis 30. IV. 1863.
38. Dr. *Eduard Feith* aus Siegburg (vorher außerordentl. Assistent) 1. V. 1863.
39. Dr. *Pelman*, vorher außerordentlicher Assistent, 23. IX. 1864 bis 26. VI. 1866; wurde II. Arzt in Siegburg.
40. Dr. *Breiderhof* aus Leubus; 11. IX. 1866 bis 30. VIII. 1867.
41. Dr. *Wahl* aus Bonn; vorher außerordentl. Assistent, 1. IX. 1867 bis 11. II. 1869.
42. Dr. *Schwann* aus Godesberg; 15. II. 1869 bis 30. 11. 1873.
43. Dr. *Jehn* aus Beckum i. W., vorher außerordentl. Assistent, 1. XII. 1873 bis 1. VII. 1876; wurde II. Arzt in Grafenberg.
44. Dr. *Eickolt* aus Düsseldorf; 15. VII. 1876 bis 4. VIII. 1876; wurde II. Arzt in Merzig.
45. Dr. *Peretti* aus Bonn; 4. VIII. 1876 bis 31. XII. 1877; wurde Assistenzarzt in Andernach.

III. a. Außerordentliche Assistenten.

(Eleve, Volontär).

1. Dr. *Wilhelm Sander*-Heinau 1. V. 1861 bis 30. 9. 1862.
2. Dr. *Carl Pelman*, Bonn, 1. VI. 1861 bis 31. III. 1862.
3. Dr. *Ed. Feith*, Siegburg, 1. V. 1862 bis 30. IV. 1863.
4. Dr. *Remachy*, Bonn, 1. X. 1862 bis 30. IV. 1863.
5. Dr. *Schäfer*, Düsseldorf, 15. V. 1863 bis 31. 3. 1864.
6. Dr. *Obernier*, Bonn, 15. 5. 1863 bis 22. IV. 1864.

7. Dr. *Diel*, Bonn, 1. V. 1864 bis 1. X. 1865.
8. Dr. *Strunck*, Warth, 18. V. 1864 bis 6. VII. 1864.
9. Dr. *Pfeiffer*, Köln, 2. I. 1866 bis 1. VII. 1866.
10. Dr. *Wahl*, Bonn, 3. V. 1866 bis 16. VII. 1866.
11. Dr. *Haas*, Emmerich, 5. 9. 1866 bis 31. XII. 1867.
12. Dr. *Heidemann*, Minden, 1. I. 1868 bis 1. IV. 1869.
13. Dr. *Burger*, Bonn, 9. IV. 1869 bis 31. XII. 1870.
14. Dr. *Scharzenbroich*, 2. VIII. 1869 bis ?
15. Dr. *Jehn*, Beckum, 1. IX. 1872 bis 31. VIII. 1873.
16. Dr. *Claus* ? bis 28. II. 1874.
17. Dr. *Wittkowsky*, Berlin, 2. III. 1874 bis 2. III. 1875.
18. Dr. *Schnelle*, Hildesheim, 1. VI. 1874 bis 24. . 1875.
19. Dr. *Dittmar*, Bonn, 7. IV. 1875 bis 24. III. 1876.
20. Dr. *Stövesand*, Bremen, 15. VI. 1875 bis 26. V. 1876.
21. Dr. *Cruewell*, 31. 5. 1876 bis 11. XII. 1876.
22. Dr. *Bruntzel*, 4. X. 1876. bis ?
23. Dr. *Peretti*, Bonn, 1. IV. 1876 bis 4. VIII. 1876.
24. Dr. *Stoltenhoff*, Barmen 1. I. 1877 bis ?

IV. Katholische Geistliche.

1. Hilgers, vom 1. II. 1829 bis 30. April 1834; später Dr. und ord. Prof. der Theologie zu Bonn.
2. Prinz, vom 16. VII. 1834 bis 30. IX. 1835; später Pfarrer in Pastrath.
3. Krautwig, vom 1. X. 1835 bis 20. V. 1840; dann Pfarrer und Landdechant zu Erpel.
4. Löhr, vom 1. X. 1840 bis 15. VIII. 1843; dann Pfarrer in Marienheide.
5. Ahlbach, vom 30. XII. 1844 bis 20. XI. 1848.
6. Heimbach, vom 28. XII. 1848, abgegangen am 23. VIII. 1835 als Oberpfarrer nach Montjoie.
7. Esser, vom 17. X. 1855 bis 1. X. 1859 als Pfarrverwalter nach Fichenich.
8. Dauzenberg, 7. II. 1860 bis 29. I. 1869 als Pfarrer nach Kaiserswerth.
9. Lindemann, 29. 1. 1869 bis 30. IV. 1878 an die Anstalt nach Düren.

V. Evangelische Geistliche.

1. Voigt, vom 11. V. 1829 bis 15. VII. 1832.
2. Müller, vom 16. VII. 1832 bis 31. VII. 1840; später Pfarrer in

Bretzenheim.
Lic. Kinkel, dessen Stellvertreter.
3. Goebel, vom 17. IX. 1840 bis 31. März 1847.
Hilfskandidaten:
Kirsch, im Sommer 1842.
Wächtler, von Nov. 1842 bis März 1844.
Bestel, von April 1844 bis Nov. 1844.
Stellvertreter:
Neide, seit Nov. 1844 bis März 1847.
4. Gustav Neide, vom 1. IV. 1847 bis 7. III. 1858, abgegangen als Pfarrer nach Friedeburg bei Cönnern.
5. Werner, vom 15. VI. 1858 bis 2. V. 1859; übernahm die neugeschaffene Pfarrstelle an der Stadtgemeinde Siegburg.
6. Wilhelm Krüger-Velthusen, 11. V. 1859 bis 30. 4. 1864; wurde Pfarrer in Sobernheim.
7. O. W. Greven, Provinzial-Synodal-Kandidat; 4. I. 1865 bis 1. VIII. 1866; wurde Pfarrer in Coesfeld.
8. Emanuel Garschhagen, Pfarrvikar, 2. I. 1867 bis 9. VIII. 1874.
9. Dr. Paul Pieper, 1. IV. 1874 bis Frühjahr 1877; wurde Pfarrer in Moyland.

VI. Verwalter und Rendanten.

1. Pötter, vom 1. X. 1824. Gest. 21. XI. 1838.
2. Brandt, vom 1. XI. 1838 bis 31. I. 1844, dann Direktor der Prov-Arbeitsanstalt zu Brauweiler.
3. F. P. Brambach, vom 1. II, 1844. Gest. 30. X. 1864.
4. Verw. Sekr. Brambach, Rendant, 1. I. 1865 bis 26. IV. 1865.
5. Hinze, Rendant, 26. IV. 1865 bis 30. IV. 1878 als Rendant an die Anstalt Düren.

VII. Ökonomen.

1. Th. Kuttenkeuler, vom 1.X. 1823 bis 31. VI. 1865; wurde pensioniert.
2. Fuchs, bisher Oberwärter; Verwalter 1. VII. 1865 bis 30. III. 1876, als Verwalter nach Andernach.
3. Schroeder, 1. IV. 1876 bis 31. XII. 1877, als Verwalter an die Anstalt Düren.

VIII. Apotheker.

1. Carl Wilhelms, eingetreten am 13. XI. 1852, abgegangen 4. X. 1857.

2. Carl Otto, eingetreten am 4. X. 1857 bis 1. IX. 1863.
3. H. van Emster, 1. IX. 1863 bis 27. IX. 1873.
4. Josef Neuß, 1. VII. 1866 bis 30. IX. 1866 (während der Einberufung des v. Emster als Feldapotheker).
5. Oskar Rothe, 28. IX. 1873 bis 30. IV. 1878.

IX. Sekretäre.

1. Worms, vom 1. I. 1825 bis 30. VI. 1839; dann Stadtsekretär zu Köln.
2. Forbeck, vom 1. VII. 1839 bis 7. VIII. 1840.
3. Maaßen, vom 8. VIII. 1840 bis 7. X. 1845.
4. Brambach, vom 27. XII. 1845, gest. 22. VII. 1867.

X. Lehrer und Organisten.

1. K. Rüdiger, vom 22. VIII. 1842 bis 10. IV. 1849.
2. Anton Peters, vom 18. IV. bis 30. XI. 1849.
3. A. Pickarts, vom 18. I. 1850 bis 10. III. 1854.
4. Jos. Floß, vom I. IV. 1854 bis ?.
5. Ullinger, vom ? bis 31. I. 1860.
6. Josef Perz, vom 9. II. 1860 bis 1. VII. 1862.
7. Gerhard Hambach, vom 7. VIII. 1862 bis 30. IV. 1878; an die Anstalt Düren.

Quellen.

1. Nach den Akten des Geh. Staatsarchivs Berlin, Rep. 76, IX, A. 115.
2. *Kirchhoff*, Deutsche Irrenärzte. Berlin 1921, I S. 83 ff.
3. *Goebel*, Das evang. Seelsorgeramt in der Provinzial-Heilanstalt Siegburg, in Monatsschrift f. d. evang. Kirche der Rheinprovinz. Bonn 1843.
4. Geh. Staatsarchiv Berlin, Rep. 76, XI, A. 115, Vol. 3.
5. *Heinekamp*, Siegburgs Vergangenheit und Gegenwart. Siegburg 1897.
6. Ärztlicher Bericht über die Irrenanstalt Siegburg 1856/57. Köln 1858, S. 3.
7. *Busch*, Enzyklopädisches Wörterbuch der med. Wissenschaften. Berlin 1839, Bd. 19, S. 86.
8. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung 164 a.
9. Pläne und Text nach *Jacobi* Anlegung und Einrichtung von Irrenheilanstalten. Berlin 1834. — Siehe auch *Damerows* Bericht über die Irrenanstalt zu Siegburg 1830 in Festschrift zum 50 jährigen Bestehen der Provinzial-Irrenanstalt zu Nietleben. Leipzig 1897.

10. Akten des rhein. Oberpräsidiums betr. Eröffnung der Anstalt Siegburg 1824, III 4 c. 109.
11. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung. 165 c.
12. Ebenda 167 g.
13. Ärztl. Bericht über die Anstalt Siegburg 1844/46.
14. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, Irrenheilanstalt, Vol. III.
15. Desgl. Vol. 167, Lit. g.
16. Geh. Staatsarchiv Berlin. Siehe oben Vol. 3, S. 23.
17. Akten des Oberpräsidiums Koblenz, III 4 C. 109.
18. Geh. Staatsarchiv Berlin, Vol. 6, S. 147.
19. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung 164 a.
20. *Mahir*, Über Irrenheilanstalten 1846. Stuttgart und Tübingen.
21. Geh. Staatsarchiv, Vol. 6, S. 147.
22. *Jacobi*, Irrenheilanstalten, S. 229, 250.
23. *Busch*, Enzyklopädisches Wörterbuch, Bd. 19.
24. *Rüppell*, Reisebericht 1852, Archiv der Provinzial-Irrenanstalt bei Schleswig.
25. *Goebel*, Monatsschrift der evang. Kirche der Rheinprovinz und Westfalens 1843, S. 33.
26. *Jacobi*, Irrenheilanstalten, S. 248.
27. *Busch*, Enzyklopädisches Wörterbuch, Bd. 19, S. 124.
28. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1863, Bd. 20, S. 431.
29. Med. Korrespondenzblatt 1844, S. 166.
30. Ärztlicher Jahresbericht über Siegburg 1856/57.
31. Geh. Staatsarchiv, Vol. 5, S. 35.
32. Ebenda Vol. 2, S. 173.
33. Ebenda Vol. 6, S. 147.
34. *Jacobi*, Irrenheilanstalten, S. 251.
35. *Nasse*, Zeitschrift für psychische Ärzte, 1822.
36. *Jacobi*, Irrenheilanstalten, S. 261 u. 169.
37. Allg. med. Zentralzeitung 1858, S. 46.
38. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 7, 1850, S. 160.
39. *Kirchhoff*, Deutsche Irrenärzte, S. 84 u. 86.
40. *Heinekamp*, a. a. O.
41. Geh. Staatsarchiv, Vol. 2, S. 225.
42. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 1. 1844. S. 402.
43. Ebenda, Bd. 14. 1857. S. 318.
44. Bericht der Verw.-Kommission 1867/69.
45. Geh. Staatsarchiv, Vol. 4, S. 10.
46. Ebenda, S. 88.
47. *Croon*, Der rheinische Provinziallandtag bis zum Jahre 1874. Düsseldorf 1918, S. 77, 290.
48. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung 164 a.
49. Geh. Staatsarchiv, Vol. 6, S. 87.
50. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung 164 a.
51. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung betr. Pensionierung des Dr. *Bird*, 1833.
52. Allg. deutsche Biographie. 1875. II. Bd. ad voc. *Bird*.
53. *Jacobi*, Die Irrenanstalt Siegburg und ihre Gegner. Bonn 1841.

54. Dr. *D'Ester*, Ein Wort über die öffentliche Irrenpflege im Allgemeinen und über die Irrenheilanstalt zu Siegburg ins Besondere. Köln 1842.
55. Geh. Staatsarchiv, Vol. 8, S. 313.
56. *Damerow*, Bericht über Siegburg in der Nietlebener Festschrift, S. 24.
57. Akten der Provinzialstände der Rheinprovinz, 165 c.
58. Geh. Staatsarchiv, Vol. 9, S. 93 und *Richarz* Über öffentliche Irrenpflege und die Notwendigkeit ihrer Verbesserung. Bonn 1844.
59. Geh. Staatsarchiv, Vol. 9, Bl. 256.
60. *Goebel*, a. a. O. 1843, S. 33 und *Wächtler*, ebenda 1844, S. 112.
61. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1844, Bd. 1, S. 130 ff.
62. Ebenda, 1844, Bd. 1, S. 725.
63. Ebenda, 1848, Bd. 5, S. 387.
64. Geh. Staatsarchiv, Vol. 1, S. 27.
65. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, 165 C.
66. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung: Aufbewahrungsanstalten für unheilbare Irre, 1845—1854.
67. Akten d. Min. d. Med. Ang., Vol. 11.
68. *Croon*, a. a. O. S. 293.
69. Kölnische Zeitung, 1858, Nr. 198, 199.
70. *Croon*, a. a. O. S. 293.
71. Allg. med. Centralzeitung, 1858, S. 374.
72. Akten d. Min. d. Med. Ang., Vol. 11.
73. *Jacobi*, Irrenheilanstalten, S. 218.
74. Akten d. Min. d. Med. Ang., Vol. 11.
75. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1859, Bd. 16, S. 162.
76. Ärztl. Bericht über Siegburg, 1858/59.
77. *Erlenmeyer*, Korrespondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie.
78. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1863, Bd. 20, S. 103; 1864, Bd. 21, S. 466.
79. *Erlenmeyer*, Korrespondenzblatt, 1863, Nr. 7 u. 8, S. 120.
80. Referat des IV. Ausschusses an den Landtag. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, 165 c.
81. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1864, Bd. 21, S. 466.
82. Köln. Zeitung Nr. 280 vom 8. X. 1864.
83. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, Vol. 164 g.
84. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1865, Bd. 22, S. 87.
85. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung I A N. 1, Vol. 1.
86. Bericht des Oberpräsidenten zu Koblenz vom 20. XII. 1866; Akten des rhein. Oberpräsidiums Tit. III, Sekt. 4, Lit. c, N. 140.
87. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1866, Bd. 23, S. 169.
88. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, Tit. I A N. 1, Vol. 1.
89. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, 165 c.
90. Desgl. Tit. I A, Nr. 1, Vol. 1.
91. *Nasse*, Ärztl. Bericht über Siegburg, 1870—1873.
92. *Croon*, a. a. O. S. 91.
93. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, II. Abt., Tit. VII A, Nr. 6, Vol. 1.
94. Desgl. I, Nr. 2, Vol. I.

95. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1875, Bd. 32, S. 132.
96. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, 185 a.
97. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1886, Bd. 42, S. 550.
98. *Bandorf* in Allg. deutsche Biographie, 1881, Bd. 13 und *Nasse*, Zeitschrift für psychische Ärzte, 1818, S. 130.
99. *Nasse*, Zeitschrift für psychische Ärzte, 1822, III, S. 140.
100. *Kirchhoff*, Deutsche Irrenärzte, 1921, S. 86 ff.
101. *Bandorf*, a. a. O.
102. Amtsblatt der kgl. Regierung in Koblenz Nr. 40, 30. IX. 1824.
103. 15. Jahresbericht über die *Jacobi*-Stiftung in Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, Tit. XIII a, Nr. 5, Bd. 1.
104. *Erlenmeyer*, Korrespondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, 1860, Nr. 21, u. 22.
105. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1862, Bd. 19, S. 266 u. 367.
106. *Kirchhoff*, a. a. O. S. 135.
107. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1847, Bd. 4.
108. Kölnische Zeitung, 1858, Nr. 198 u. 199.
109. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1857, Bd. 14.
110. Ebenda, 1848, Bd. 6, S. 445.
111. Ebenda, 1917, Bd. 73, S. 589.
112. Ebenda, 1871, Bd. 27.
113. *Erlenmeyer*, Korrespondenzblatt der Gesellschaft für Psychiatrie, 1861, Nr. 17 u. 18.
114. Akten der geh. Med. Registr. Berlin, Vol. 10.
115. *Croon*, a. a. O. S. 96.
116. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung 165 c.
117. Ebenda.
118. *Croon*, a. a. O. S. 96.
119. *Kirchhoff*, a. a. O. S. 84.
120. Akten der rhein. Provinzial-Verwaltung, Tit. XIII A, Nr. 3, Vol. 1.
121. Akten d. pr. Min. d. Med. Ang., Vol. 12 und Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, 1871, Bd. 27.

Bericht über die Irrenanstalt Eberbach aus dem Jahre 1828 an die K. französische Gesandtschaft.

Auf Grundlage von Aktenstudien zusammengestellt von

Dr. Wachsmuth, Direktor der Landesheil- u. Pflegeanstalt Eichberg.

Auf hoher Res. vom 16. sub. pr. 18. July 1828. Betr. Die von dem Königl. Französischen am Herzogl. Hofe accreditirten Gesandten verlangten Nachrichten über die in dem Herzogtume bestehende Irrenanstalt.

Dieser Auflage glaube ich durch die angebogenen Ausarbeitungen einigermaßen zu entsprechen.

Eberbach, den 9. September 1828. *Lindpaintner.*

Herzoglich Nassauische Landesregierung

an

Herzoglichen Irrenhaus Direktor, Herrn Rat Lindpaintner

zu

Eberbach.

Auf hohe Ministerial-Resolution vom 29. Juni l. J., die von dem K. französischen am herzoglichen Hofe accreditirten Gesandten verlangten Nachrichten über die im Herzogtum bestehende Irren-Anstalt:

Wir theilen Ihnen in der Anlage Abschrift der von dem K. französischen Gesandten verzeichneten Fragen im rubricirten Betreffe unter der Auflage mit, in Gemeinschaft mit dem Hausarzt der Anstalt, welcher vorzüglich die Auskunft über das auf die verschiedenen Geisteskranken angewendete Heilverfahren und die in dieser Beziehung bis jetzt befolgten oder aufgestellten Systeme erteilen wird, diejenigen Fragen, welche nicht durch die Hausordnung selbst sich beantwortet finden, erläuternd zu beantworten, namentlich dabei die über die psychische Behandlung und die Beschäftigung der Irren sich ausführlich zu erklären.

Wiesbaden, den 16. July 1828. gez. Möller.

Renseignements demandés sur les aliénés.

Existe-t-il des mesures légales relativement aux aliénés, soit dans l'intérêt de la société,

soit dans leur intérêt personnel et dans celui de leurs familles, soit pour l'ordre et la police des maisons destinées à leur traitement?

Et notament 1) dans l'intérêt de la société, l'autorité a-t-elle le droit et le devoir de requérir d'office le placement des aliénés dans des maisons de santé et les y retenir?

Ne fait-on pas à cet égard une distinction entre les différentes espèces d'aliénation, par exemple entre la fureur et les penchans dangereux, et la simple imbécilité?

Quels sont les magistrats auxquels ce droit est déféré?

Doivent-ils compte à quelque autorité supérieure des ordres qu'ils donnent à ce sujet, et sont'ils tenus à quelques actes de publicité, pour prévenir les détentions arbitraires ou secrètes qui pourraient avoir lieu sous prétexte d'aliénation? 2) Dans l'intérêt des aliénés et de leurs familles.

Les familles peuvent-elles de leur coté provoquer le placement de leurs parens aliénés dans des maisons de santé?

Le peuvent-elles, même hors le cas de danger pour la société?

En cas d'affirmative, doivent-elles donner connaissance de ce placement aux magistrats, ou bien observer quelques autres formalités préalables?

L'autorité peut-elle intrevenir pour vérifier l'état de l'individu renfermé, et veiller sur les abus qui tendraient à le priver de sa liberté sous un motif supposé?

Comment s'exerce cette surveillance?

Comment sont administrés les biens des aliénés renfermés?

A qui appartient le droit et le devoir de requérir l'interdiction ou toute autre mesure pour régulariser cette administration?

Existe-t-il un magistrat chargé de prendre d'office les intérêts des individus ainsi renfermés, de veiller à la conversation de leurs biens, même à l'exclusion des familles; ou bien de suppléer ces familles, si elles ne s'occupent pas elles mêmes de ce soin?

Dans tous les cas, quelles sont les formalités requises pour faire déclarer un aliéné renfermé, incapable de régir ses biens?

Ces formalités sont-elles régulièrement observées même à l'égard des indigens?

Pendant le cours de ces formalités, que deviennent les biens?

Prend-on des mesures provisoires pour assurer leur conservation et en constater l'état?

Enfin, quelle garantie exige-t-on de l'administration?

3) En cequi concerne l'ordre des maisons destinées au traitement de l'aliénation mentale?

Quelles sont les maisons dans lesquelles les magistrats ou les familles peuvent faire renfermer les aliénés?

Existe-t-il pour les indigens, des maisons dont les frais soient supportés par l'état ou par les fonds communs des localités, ou par les ressources de la charité, et dans lesquelles les indigens aliénés soient traités gratuitement?

Quelles sont les obligations des chefs de ces établissements soit publics, soit particuliers, envers les familles ou envers l'autorité:

1) Pour l'admission des individus qui leur sont adressés comme atteints d'aliénation mentale?

2) Pour les renseignements à procurer tant sur l'état des malades au moment de leur entrée que sur les changements que cet état peut successivement éprouver?

In dépendamment des réponses à ces diverses questions on serait flatté d'obtenir des détails sur les usages particuliers que chaque pays aurait adopté à l'égard des aliénés.

Sur les actes qui peuvent être intervenus à ce sujet, soit de la part du gouvernement, soit de la part des administrations locales.

Sur le régime morale et physique employé pour le traitement de l'aliénation mentale, et sur les divers systèmes qui sont, ou ont été suivis ou proposés par les médécins et administrateurs.

Enfin sur l'organisation et les dépenses des établissements soit publics, soit particuliers destinés à ce traitement.

Na. Sur les deux derniers articles, il serait peutêtre possible de se procurer des rapports de médécins et des comptes d'administration. On y trouverait des documents curieux.

Nachrichten

über die Herzogl. Nassauische Irrenanstalt zu Eberbach.

Nach den von der Königlich Französischen bei dem Herzoglichen Hofe accreditirten Gesandtschaft eingereichten Fragen abgefaßt.

Die vorliegenden Fragen verlangen Aufschluß über die Behandlung der Geisteskranken in dem Herzogtum Nassau.

Die Stellung derselben verfolgend dürfte dabei zuerst:

I. Über die Dienste und Verbindlichkeiten der Staatsbehörden hinsichtlich der Verweisung von Geisteskranken in die für dieselben bestimmte Anstalt zu reden sein.

Für das ganze Herzogtum besteht eine Central Irrenanstalt zu Eberbach im Rheingau, welcher ein Teil der daselbst befindlichen ehemaligen Bernhardiner Abtey nebst den erforderlichen Gärten zugewiesen, und mit einem beträchtlichen Aufwande zweckmäßig eingerichtet, sowie auch durch neue Bauten erweitert worden ist.

In diesem Institut sollen seiner ursprünglichen Bestimmung gemäß:

Solche ihres Verstandes beraubte Untertanen und Einwohner des Herzogtums zum Behufe deren Verwahrung, Verpflegung und fortgesetzten medizinischen und psychischen Behandlung aufgenommen werden, welche durch Anstellung aller in ihrer bisherigen Lage möglich gewesenen Versuche ungeheilt geblieben und ihres Verstandes in dem Grade beraubt sind, daß sie in den Paroxysmen ihrer Krankheit sich selbst und der Ruhe und Sicherheit ihrer Nebenmenschen gefährlich werden und eigene Verwahrungsmittel erfordern, um sie unschädlich zu machen. (Edikt vom 10. März 1815. § 2.

Die Befugnisse und Verbindlichkeiten der Staatsbehörden finden sich hierin hinreichend bezeichnet. Es wurden solche aber später, so wie sich die Anstalt zu Eberbach Zeit- und wissenschaftsgemäß ausbildete, im Interesse dieser unglücklichsten Glieder der leidenden Menschheit gemäß eines Vorbehaltes in dem bereits angezogenen Gesetze (§ 2) noch dahin ausgedehnt, daß es der Regierung anheim gegeben werden solle

„auch solche des Verstandes beraubte Personen in das Irrenhaus bringen zu lassen, welche in bewußtlosem Zustande die guten Sitten verletzen und hierdurch öffentliches Ärgernis erregen; auch solche, mit welchen nach dem Wunsche ihrer Angehörigen ein Heilungsversuch, der an dem bisherigen Aufenthaltsorte und unter den bis dahin bestandenen Familien- und anderen Verhältnissen jener Personen nicht wohl mit Erfolg angestellt werden konnte, zu machen ist.

(Verordnung vom 23. November 1819).

Verjährter Irrsinn ist schwer und nur in seltenen Fällen zu heben. Es wurde daher noch weiter durch besondere Verfügungen die Bestimmung erteilt, daß die Aufnahme der Geisteskranken gleich nach ausgebrochenem und hinreichend konstatiertem Wahnsinne möglichst zu befördern sei.

Den Justiz-, Polizei- und Medizinalbeamten der Amtsbezirke liegt es ob, nach Maßgabe dieser gesetzlichen Bestimmungen das Erforderliche in Bezug auf die öffentliche Wohlfahrt und im Privatinteresse der Geisteskranken und ihrer Familien zu wahren und zu veranlassen.

Namentlich sind die Medizinalbeamten im Gefolge des höchsten Ediktes vom 16. März 1818 und der demselben angefügten Instruktion § 21 angewiesen, auf alle in dem untergebenen Bezirke befindlichen Wahnsinnigen ein genaues Augenmerk zu richten und in Übereinstimmung mit den Gerichts- und Polizeibehörden eine angemessene Behandlung derselben einzuleiten oder unter Mitwirkung der genannten Behörden bei der vorgesetzten Landesregierung den Antrag auf Verweisung der Geisteskranken in die Irrenanstalt zu stellen, welchem die Urkunde über die Konstatierung des Irreseins immer angefügt sein muß. Die Landesregierung entscheidet sodann auf diese Anträge. Ohne ausdrückliche Verfügung derselben darf kein Wahnsinniger in das Institut aufgenommen werden und es sind daher bei solchen Kautelen willkürliche oder geheime Detentionen von angeblich geisteskranken Personen unmöglich.

II. Über die Wahrung der Interessen der Irren und ihrer Familien in Bezug auf persönliche und Vermögensverhältnisse gestellte Fragen findet in dem Vorhergehenden ihre ausreichende Beantwortung.

Es können allerdings die Familien Aufnahme ihrer geisteskranken Verwandten in die Irrenanstalt zum Versuche der Heilung oder zu ihrer zweckmäßigeren Behandlung und selbst auch in dem Falle begehren und veranlassen, wenn der bürgerlichen Gesellschaft und dem Krankheitszustande derselben unmittelbar keine Besorgnisse erwachsen. Die Realisierung eines solchen Verlangens ist aber genau denselben Förmlichkeiten unterworfen, wie wenn von Seiten der Justiz, Polizei und Medizinalbeamten die Aufnahme eines Irren um der öffentlichen Sicherheit Willen bei der Landesregierung veranlaßt wird.

Ein beabsichtigter Eingriff in die persönlichen Freiheitsrechte eines Staatsbürgers kann daher unter dem Vorwande des Irreseins schon nach dem oben angeführten um so weniger stattfinden, weil durch die Direktion der Irrenanstalt, aus Beamten bestehend, die vermöge ihrer Erfahrungen besser wie Andere krankhafte Seelenzustände zu erkennen vermögen, ein angeschuldigtes Irresein sehr leicht entdeckt und pflichtgemäß bei der Landesregierung zur Anzeige gebracht werden würde.

Ohnehin wird dieser Oberbehörde vorschriftsmäßig alle Vierteljahre eine genaue Nachweisung des Gemütszustandes aller in der Anstalt verpflegten Individuen von den Beamten des Institutes übergeben, auf welche im Falle vollzogener Heilung oder eingetretener völliger Unschädlichkeit die Anträge auf Entlassung gegründet werden.

Was nun die Verwaltung des Vermögens geisteskranker Individuen betrifft, so richtet sich solche, der Geisteskranke mag sich noch in der bürgerlichen Gesellschaft befinden oder aber schon in der Irrenanstalt aufgenommen worden sein, nach den über die Vormundschaft bestehenden Vorschriften, die in § 22 der Instruktion für die Vormünder von 1780 ausdrücklich auch auf die Kuratel der Wahnsinnigen ausgedehnt worden sind.

Ist ein Individuum nach den obigen Andeutungen durch die Beamten als geisteskrank anerkannt worden, so wird, insofern der Wahnsinnige als selbständig und nicht mehr in der väterlichen Gewalt befindlich zu betrachten ist, gleichzeitig das Erforderliche wegen Verwaltung des Vermögens angeordnet und ihm ein Kurator ernannt. Es wird derselbe im Auftrag des Justizbeamten durch den Landoberschultheißen, welcher nach dem höchsten Edikte vom 2. Juni 1816 und der demselben angefragten Amtsverwaltungsordnung § 42 die Aufsicht über alle in seinem Bezirke bestehenden Vormundschaften über Pupillen, Minderjährige, Abwesende, Irren pp. zu führen hat, zuerst inventarisirt.

Der beeidigte Kurator hat über Betrag und Verwendung alljährlich Rechnung abzulegen, die von dem Landoberschultheißen rectifizirt und an den Justizbeamten zur Revision und zum demnächstigen Abschlusse abgegeben wird.

Ferner wird III. über die Einrichtung der Irrenanstalt selbst Nachricht verlangt.

Anlage 1. Diese wird in der anliegenden Hausordnung für die Landes-Irrenanstalt zu Eberbach vollständig gegeben; ferner sind in den weiter beigeschlossenen Dienstinstruktionen

Anlage 2 a) des Direktors,
„ 3 b) des Hausarztes,
„ 4 c) des Medizinalassistenten oder Unterarztes

die Verbindlichkeiten der Beamten des Irrenhauses genau geschildert. Über die eigentliche Behandlung der Irren und das bei denselben beobachtete Heilverfahren verbreitet sich die beigefügte Mitteilung des Hausarztes

Anlage 5.

und es schmeichelt sich endlich der Unterzeichnete in den hier angelegten von ihm verfaßten Notizen (Anlage 6) über die ökonomischen Verhältnisse der seiner Leitung anvertrauten Irrenanstalt unter besonderem Bezuge auf die Begebnisse der Jahre 1826 und 1827, allen Forderungen entsprochen zu haben, die außer den oben bereits speziell beantworteten Fragen weiter an ihn gerichtet worden sind.

Eberbach im Rheingau am 7. September 1828.

Lindpainter.

Nachrichten über die Behandlung der Geisteskranken in der herzoglich Nassauischen Irrenanstalt zu Eberbach. Mitgeteilt von dem Arzte der Anstalt Obermedicinalrat Windt zu Eltville.

Herzogliche Landes Regierung verlangte in Gemäßheit hoher Weisung vom 16. July l. J. von dem Hausarzte der Irrenanstalt zu Eberbach Auskunft über das auf die verschiedenen Geisteskranken angewendete Heilverfahren und die in dieser Beziehung bis jetzt befolgten oder aufgestellten Systeme.

Ehe und bevor zur Erfüllung dieser Auflage geschritten wird, ist es erforderlich eine Classification der verschiedenenen Geisteszerrüttungen mit Angabe des Wesens und Charakters einer jeden Irrseinsform vorausgehen zu lassen. Wahnsinn im Allgemeinen oder Verrücktheit ist Störung desfreien Selbstbewußtseins — Unvermögen das Subjective vom Objectiven, die inneren Empfindungen von äußeren sinnlichen Eindrücken zu unterscheiden. Die Kennzeichen sind: Täuschung und die subjective Überzeugung, daß keine stattfindet. Wenn der Wahnsinn in heftige und gewaltsame Handlungen ausbricht, mit blinder Zerstörungswut verbunden ist, so entsteht Raserey-Manie. Wenn er sich auf eine einzige falsche Vorstellung beschränkt, so ist es fixer oder partieller Wahnsinn und zwar Melancholie, wenn die Vorstellung traurig, und Narrheit, wenn sie von ergötzlicher Art ist.

Das Wesen des Blödsinns besteht in Schwäche aller Seelenkräfte der Erkenntnis des Empfanges und Begehrens.

Was nun die Behandlung einer jeden Art dieser Geisteszerrüttung anlangt, so wird bei der Ankunft eines Irren in die Anstalt aufs sorgfältigste untersucht, ob seine Krankheit in Störungen der somatischen Sphäre bedingt oder ob das psychische Leben vorzugsweise durch schädliche Einwirkungen in seinen geregelten Bahnen gestört worden sei. Die innige Wechselwirkung zwischen Leib und Seele wird hierbei keines Wegs verkannt, vielmehr der in beiderseitigem Leidenszustand besonders sich darstellende Zusammenhang fest aufgefaßt.

Die von dem zuerst berathenen Arzte aufgesetzte Krankheitsgeschichte erteilt über das ursächliche Verhältnis meistens geeigneten Aufschluß. Der Hausarzt schreitet nun zur Untersuchung aller auf die Persönlichkeit des Irren Bezug habenden Verhältnisse seines Alters, seiner Constitution, Temperaments, Neigungen, Standes, Erziehung, früher erlittener Krankheiten, Krankheitsanlagen, erblicher Disposition zu Geisteszerrüttungen, der gewohnten Lebensweise, Einwirkung pathologischer Schädlichkeiten, Dauer der jetzigen Krankheit. Zu den körperlichen Ursachen welche Geisteskrankheit erzeugen können, gehören folgende: angeborene, fehlerhafte Schädelbildung, Verletzung des Kopfes durch erlittene Mishandlung und dadurch entstandene Schädeleindrücke und Hirnerschütterungen, unterdrückte Blutflüsse, zurückgetretene Hautausschläge, Milchversetzung, gichtische und rosenartige Metastasen, Stockungen in den Eingeweiden des Unterleibs, vorzüglich in dem Pfortadersystem, Trunksucht, Misbrauch narkotischer Substanzen, Selbstbefleckung, Schlagfluß, Epilepsie, unbefriedigter Geschlechtstrieb, Pubertäts-Entwicklung, Schwangerschaft, Wochenbett, anhaltende Schlaflosigkeit. Zu den psychischen direkt auf das Seelenleben einwirkenden Krankheitsursachen werden gerechnet: Gemütsaffekte und Leidenschaften, Ehrgeiz, Stolz, Eifersucht, Schwärmerey, besonders religiöser Fanatismus, Liebe, Eitelkeit, Gram, Kummer, Verzweiflung über Vermögens-

rückgang oder mißlungene Pläne, große Anstrengung der Geisteskräfte durch Nachdenken und Studieren. Ist es dem Hausarzt gelungen, sich ein möglichst treues Bild von der Individualität des Kranken zu verschaffen, so bestrebt er sich weiter, das Wesen und die Form des Irreseyns auszumitteln, wozu ihm der Habitus und das Benehmen des oder der Irren weitere Hülfsmittel an die Hand geben. Zeigt sich Wahnsinn im Allgemeinen oder Verrücktheit und liegt hier Vollblütigkeit zum Grunde, befindet sich der Kranke im kräftigen Lebensalter, sind gewohnte Blutflüsse, Hömorrhoiden oder Menstrualfluß oder gewohntes Nasenbluten unterdrückt, hat der Irre eine starke Körperconstitution und lebhaftes Temperament oder ging Trunksucht voraus, so wird die antiphlogistische Methode in ihrem ganzen Umfang angewendet. Mithin kommen Aderlässe, Blutigel, kalte Fomentationen, kühlende Abführmittel und magere Diät in Gebrauch. Bei vorhandenen Krankheiten der Eingeweide des Unterleibs, Stockungen in dem Pfortadersystem, Verhärtung der Leber, blinden Hömorrhoiden, dienen die auflösenden und abführenden Mittel: Tartarus tartarisatus, Schwefel, Extracta Taraxaci, graminis chelidonii, Rhei, Seife, Ochsengalle, gummi asafoetidae, ammoniaci et galbani, frische Kräutersäfte etc. Bei unterdrückten Hömorrhoiden werden Blutigel an den Mastdarm, bey unterdrückter Menstruation an die Schamteile gesetzt, und im letzteren Falle zum inneren Gebrauch Schwefel, Borax, Sabina und Aloe, sowie Dampf- und Fußbäder verordnet. Sind unterdrückte Hautausschläge als Ursachen der Krankheit anzusprechen, so finden Schwefel und Quecksilber- sowie Antimonialmittel, ferner Guajacum, Dulcamara, Schwefelleberbäder, Brechweinsteinsalbe, Vesicatoren, Fontanelle und Haarseile ihre Anwendung. Eine ähnliche nach dem Charakter der Krankheit und der Individualität modificirte Behandlung findet statt, wenn gichtische oder andere Metastasen nach dem Gehirn erfolgt sind, wo im acuten Falle die antiphlogistische Methode wieder eintritt. Ist der Wahnsinn mehr von direkt psychisch wirkenden Ursachen erzeugt worden, so ist die Rücksicht auf die körperliche Störung eine untergeordnete und Beruhigung des aufgeregten Gemüths die Grundindication.

Hier kommt es auf die Dauer der Krankheit an. Je kürzer solche entstanden ist, je mehr die Ursache entfernt werden kann, je jünger und lebenskräftiger das Individium, ein desto günstigeres Resultat steht zu erwarten. Ein bedeutender Schritt zur Besserung erfolgt schon dadurch, daß der Irre aus dem Kreise seiner gewohnten Umgebung und der seine Täuschung erregenden und unterhaltenden Gegenstände entfernt und in eine Anstalt gebracht wird, wo sich ihm eine ganz neue Weilt eröffnet. Hier erblickt er lauter fremde Objekte, er findet sich von den Seinigen verlassen und unter Aufsicht von Menschen versetzt, die statt seinen Launen und Verkehrtheiten nachzugeben ihm Regeln und Disciplin einprägen. Er kommt hier zum Nachdenken über seine Persönlichkeit, er vergleicht seine frühere Lage mit der jetzigen und forscht nach der Ursache solcher Veränderung.

Gewöhnlich ist der erste Eindruck, den diese neue Sphäre auf sein Gemüt macht, kein gefälliger. Der Irre bestrebt sich vielmehr auf alle Weise sich der Ordnung der Dinge zu entziehen; er ist mismutig, eigensinnig, verschlossen, widersetzlich und aufbrausend, aber die ihm von

Seiten der Vorgesetzten bewiesene Konsequenz und die Wahrnehmung, daß seine Schicksalsgefährten gehorchen müssen, oder Strafe erleiden, bringt ihn ebenfalls zur Gefügigkeit. Wenn der Wahnsinn von solcher Art ist, daß der Irre keine störende oder gewaltsame Handlungen begeht, sondern nur die Erzeugnisse seiner Einbildungskraft für wirklich vorhandene Gegenstände ansieht, so wird er nach einer, zur näheren Beobachtung bestandenen Isolierung von mehreren Tagen in Gesellschaft der für ihn passenden Klasse von Irren auf eine zweckmäßige Weise beschäftigt. Überhaupt gilt in der Anstalt der Grundsatz, die natürliche Freiheit der Menschen so wenig wie möglich zu beschränken und die Irren wie vernünftige zu behandeln.

Bey Wahnsinn mit großer Aufregung der Gehirntätigkeit, mit Unruhe, Schlaflosigkeit, beständiger Sucht zu lärmen und zu schreien, ist eine große Aufmerksamkeit nötig. Der Kranke wird in einem festen Zimmer welches nötigenfalls verfinstert werden kann und aller Gerätschaften entbehrt, aufbewahrt und geht darin entweder frei umher, oder mit der Zwangsjacke angetan. Zur Ableitung der erhöhten Cerebraltätigkeit werden wiederholt Blutigel an den Kopf applicirt oder Schröpfköpfe in den Nacken oder zwischen die Schultern gesetzt. Kalte Fomentationen auch auf den geschorenen Scheitel gelegt oder kalte Begießungen mittelst des Regenbades im lauwarmen Bade, desgleichen Einreibungen der Brechweinsteinsalbe in den Scheitel oder Nacken bis zur erfolgten Pustelbildung angewendet.

Zur Umstimmung des Gemeingefühls und um das Unterleibsnerven- oder Ganglien-System in mehrere Tätigkeit zu setzen, wird die Eckelkur mittelst Darreichung des Brechweinsteins in steigenden Gaben und in Verbindung eines Decocti herbae gratiolae zur Hälfte genommen. Gewöhnlich erfolgt eine vorteilhafte Umgestaltung innerhalb weniger Wochen und der Irre kann alsdann seiner Haft entlassen und bey schickliche Arbeit versetzt werden. Zuweilen ist jedoch die Sensibilität dermaßen gesteigert, daß der Kranke Tag und Nachts keine Ruhe hat, alle Arten von Visionen bekommt, unstät umherläuft, in zwecklosen Handlungen und unaufhaltsamer Ideenflucht schreiend sich ermüdet, abmagert, die Nächte schlaflos zubringt und seine Kräfte einbüßt. Hier leisten neben lauwarmen Bädern die narkotischen oder die die Sensibilität abstumpfenden Arzeneimittel, wie: Extractum hyoscyami, aq. laurocerasi und vorzüglich die Tinctura Daturae stramonii herrliche Dienste und bey großer Aufregung des Gefäßsystems ein Infusum herbae digital. purpureae mit Mixtura sulphurico acida und Syrupus Papaveris Rhoeados. Daß ein solcher unruhiger Irrer mit möglichster Schonung behandelt und von allen die Sinne aufregenden Gegenständen entfernt gehalten werden müsse, versteht sich von selbst.

Ist der Wahnsinn bis zum Grad der Raserei gestiegen, überläßt sich der Kranke blößlich dem blinden Antrieb zu gewaltsamen Handlungen, so wird genau darauf gesehen, daß er weder sich noch Anderen Schaden zufügen kann. Mit der Zwangsweste bekleidet und an den Füßen leicht gefesselt, geht er im Blockzimmer herum, oder wird auf den Zwangssessel mittelst leichter Hand- und Fußfesseln zeitweis aufbewahrt.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß tobsüchtige dann am ersten zur Ruhe gelangen, wenn sie im Paroxysmus am wenigsten Beschränkung

erleiden. Harte und lange Zeit angewendete Fesseln verursachen nachteilige Stockungen im Kreislauf, Geschwüre und Brand. Wenn Konstitution und Alter des Kranken, sowie Ursachen und Dauer der Krankheit es gestatten, werden Aderlässe, Blutigel oder Schröpfköpfe applicirt, hiernächst kalte Sturzbäder in Gebrauch gezogen und dann Einreibungen von Brechweinsteinsalbe in den geschorenen Scheitel oder Nacken gemacht. Innerlich gebraucht der Kranke antiphlogistische Mittel, kühlende Abführungen und besonders die Eckelkur, der Eindruck dieser wirksamen Arzeneien ist so stark, daß der Tobsüchtige bald zur Besinnung und Ruhe gelangt und dann einer Klasse, welche mehr Freiheit genießt, zugeteilt werden kann. Eine weitere Beobachtung des Kranken und sich darstellenden Erscheinungen bestimmt nur der Arzt, entweder zur Fortsetzung des einmal angefangenen Heilverfahrens oder zur Abänderung desselben nach den vorhandenen Indicationen.

Bei der Behandlung des partiellen Wahnsinns kommt es vor allem darauf an, ob der Gegenstand des fixen Wahns von trauriger oder ergötzlicher Art und ob die Ursache zu entfernen oder garnicht aufzufinden ist. Bei der Melancholie liegen häufig Krankheiten des Unterleibs zum Grunde, hauptsächlich Stockungen in dem venoesen System, Anschwellungen und Verhärtungen an der Leber oder Milz, Anhäufungen von atrobillairen Stoffen. Der Kranke hat ein schwarzgelbes Ansehen, das sogenannte melancholische Temperament, einen düsteren Blick, er leidet an Leibesverstopfung, sein Gemüt ist mit Todesgedanken beschäftigt, für ihn blüht keine Hoffnung mehr diesseits des Grabes. Nicht selten peinigen Religionszweifel seine geängstigte Seele. Hier wirken auflösende und eröffnende Mittel von solcher Art, wie ich sie bei der Behandlung des Wahnsinns mit prädominirendem Unterleibsleiden angegeben habe, auf eine vorteilhafte Weise. Ich füge diesen Arzneien noch zu: ein Decoctum herbae gratiolae mit tartarus tartarisatus et tartarus emeticus, ferner das extractum gratiolae et extractum helebori nigri in aqualaurocerasi aufgelöst, Veratrum album in Pulver oder Decoct. Mit diesen Mitteln wird der Gebrauch lauer Bäder, einer leichtverdaulichen und nährenden Diät und Bewegung im Freien verbunden. Ist der Kranke durch eine freiere Tätigkeit der Unterleibsorgane zu mehrerer körperlicher Gesundheit gelangt, so wird er zu einer Beschäftigung angewiesen, die den Geist an andere Interessen knüpft und dadurch von den ihn beherrschenden Wahnideen abzieht. Menschenfreundliche und liebevolle Behandlung, tröstende Zusprache, ein zu rechter Zeit bewiesenes Mitleid, Hinweisung auf einen glücklichen Ausgang der Dinge mit Angabe der Beispiele von gelungener Heilung ähnlicher Kranken erwecken Vertrauen und Zuneigung in dem verödeten Gemüt.

Der Religiöse, dessen Gewissen von Zweifeln an Teilnahme der göttlichen Gnade gepeinigt wird, ist am schwersten zu behandeln, weil man seinem Wahne nichts höheres wie die Religion entgegensetzen kann. Die Bekämpfung der religiösen Überspannung mit Vernunftgründen erregt Mißtrauen und die Überzeugung, daß der Arzt die Religion nicht gebührend achte. Die Aufrechterhaltung des irrigen Glaubens bestärkt den Kranken in der Gültigkeit desselben und verschließt dem Arzt den Zugang zu den Quellen der Heilung. Es gehört viele Menschenkenntnis

dazu, um einen solchen Irren zweckmäßig zu behandeln. Nur durch wechselseitiges Vertrauen und umsichtiges wohlberechnetes Benehmen des Arztes gelingt zuweilen die Kur. Eben so tief wurzelnd in dem geistigen Leben ist die Daemonomanie, deren Wesen darin besteht, daß die Kranken sich einbilden mit bösen Geistern in genauer Verbindung zu stehen und durch Hülfe derselben übernatürliche Künste zu besitzen. Bei einem solchen Kranken in der Anstalt haben alle, auf direktem und indirektem Wege angewendeten Mittel seit 9 Jahren nicht den geringsten Effekt hervorgebracht. In allen übrigen Lebensbeziehungen entwickelt er alle Klarheit.

Die Narrheit ist ebenfalls partieller Wahnsinn, aber von anderer mehr erfreulicher Art. Die vorherrschenden Ideen sind bei Männern meistens Hochmut, Standesdünkel, vermeintlicher Besitz von Reichtümern, seltener Talente, wichtiger Prärogativen und Gewalten; bei Weibern Liebe, Eifersucht und Eitelkeit. In der Narrheit herrscht eine gewisse Überlegung, aber ohne Bewußtsein, ob der Zweck erreicht werden könne. Der Narr ist immer tätig und glaubt in der Erreichung seiner Zwecke glücklich zu sein, auch ist er meistens gutmütig.

Bei der Behandlung der Narrheit kommt es wieder darauf an, ob die Ursache der Krankheit materieller oder immaterieller Art ist. Zu ersteren gehören Vollblütigkeit, Annomalien der Hömorrhoiden oder der Menstrualfunktion, Reize im Unterleib, unbefriedigter Geschlechtstrieb. Die Kur solcher körperlicher Störungen ist bereits angegeben worden.

Bei Nymphomanie oder Satyriasis ist die Reizbarkeit der Geschlechtsteile beider Geschlechter erhöht. Dieselben befinden sich in einem Zustand vermehrter Vegetation und durch das Gemeingefühl werden unsittliche Triebe hervorgerufen, die sich durch Vernunftgesetze nicht zügeln lassen. Hier wenden wir kühlende Mittel, Abführungen, magere Diät, Kampfer und kalte Bäder an. Beruht die Narrheit auf erblicher Anlage, so ist die Heilart wie bei allen erblichen Geistesstörungen sehr problematischer Art, wenn nicht unmöglich.

Ebenso liegt es öfters nicht in der Macht des Arztes, die Wirkung psychischer Ursachen z. B. des Stolzes, der Eifersucht oder der verschmähten Liebe alsbald zu entfernen. Wir suchen die krankhafte Vorstellung welche das Gemüt beherrscht, daraus zu verbannen, durch zweckmäßige Beschäftigung, durch sorgfältige Vermeidung aller Momente, wodurch sie angeregt wird, durch Zerstreuung an der freien Natur und in dem Umgang mit vernünftigen Menschen. In der Regel geben wir dem Irren keine Veranlassung, daß er seine Wahnidee durch Worte oder Handlungen offenbart. Geschieht solches aber ohne unser Zutun, so wird er auf eine ernste und nachdrückliche Weise zurechtgewiesen und die Absurdität seines Wahns recht deutlich dargestellt. Es gelingt selten, bald ihm die Überzeugung davon beizubringen, doch leistet Beharrlichkeit in der Verfolgung dieser Grundsätze in späterer Zeit sehr viel und wir können mehrere Beispiele von glücklicher Heilung solcher Fälle anführen.

Der erste Schritt zur Besserung geschieht durch das Erzwingen eines unbedingten Gehorsams. Hierdurch lernt der Stolze sich beugen, der Mächtige und Reiche sich fügen, der mit Zauberkräften begabte verliert seine Gewalt und der Ehrgeizige sucht die Schranken seiner Ruhmsucht. Erkennt der Narr in dem Vorsteher der Anstalt einen Mann, der

ihm zu befehlen hat, und weiß letzterer sein Vertrauen zu gewinnen, so gewöhnt jener sich nach und nach an bessere Lebensmaximen, welche ihm eingeprägt werden. Er unterdrückt anfangs seine Wahnidee aus Gefälligkeit für seine Vorgesetzten oder aus Furcht vor Verweisen oder zu erwartender Beschämung. Nach und nach drängt sich ihm die Überzeugung auf, daß er durch eine vernünftige Denk- und Handelsweise eher zum Ziel gelange, wie durch hartnäckige Verfolgung des Gegenstandes seiner irrigen Vorstellung. Die gewohnheitsmäßige Unterdrückung derselben veranlaßt endlich, daß sie gänzlich aus der Seele verschwindet. Angemessene Bestrafungen und Belohnungen sind hier von großer Wirksamkeit. Ebenso wichtig ist die Beachtung des Grundsatzes, daß der Irre nicht untätig oder einer zwecklosen Tätigkeit überlassen bleibe, sondern, daß seine Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand gerichtet werde, der die Seele mit neuem Interesse erfüllt und dadurch das imaginäre Bild verdrängt.

Behandlung des Blödsinns.

Von allen Cathegorien des Irreseins ist der Blödsinn am schwersten zu heilen. Er ist entweder angeboren oder in späterem Lebensalter entstanden. Schwäche aller Seelenkräfte begründet das Wesen desselben. Es gibt mehrere Grade des Blödsinns. In den höheren Graden lernen die Kranken nicht einmal sprechen. Sie haben keine Imagination, kein Gedächtnis, keine Beurteilung. Ihre Physiognomie ist ohne Geist, ihre Haltung ohne Leben, ihre Bewegung automatisch. Zu den Ursachen des Blödsinns gehören: Mißbrauch narkotischer Substanzen, zu große Anstrengung der Seelenkräfte, Selbstbefleckung und zu häufiger Beischlaf. Verletzung des Kopfes und Erschütterung des Gehirns, Schlagfluß, Ansammlung von Wasser im Gehirn, heftige Leidenschaften, zurückgebliebene große Schwäche des Gehirns nach Hirnentzündungen, Nervenfiebern, Tobsucht, Epilepsie, nach übermäßigen Aderlässen oder anderen starken Blutflüssen. Der Blödsinn kann nach Desorganisationen im Gehirn oder Rückenmark entstehen oder Folge von Verbildung des Schädels sein.

Die Heilbarkeit beruht auf der Möglichkeit, die Ursache zu entfernen und auf dem Grad des Blödsinns. Der angeborene ist unheilbar, ebenso der nach Desorganisation und Verbildung der Schädelknochen, nach Schlagfluß, nach Epilepsie und in Folge hohen Alters entstanden. Man heilt in seltenen Fällen den Blödsinn von geringerem Grade bei jugendlichen Personen, wenn er nach schwächenden Einwirkungen, nach Krankheiten und bei unverletzter Organisation entstanden ist, in der ersten Periode seiner Dauer. Belebung und Stärkung der geschwächten Hirnfunktionen ist die Aufgabe der Behandlung. Die Blödsinnigen, welche Hoffnung zur Wiederherstellung darbieten, werden in der Anstalt nach Maßgabe ihres Fassungsvermögens mit Arbeit beschäftigt, welche ihr Nachdenken erweckt, lauwarm gebadet, im Rücken eingerieben mit balsamischen und spirituösen Mitteln. Sie bekommen stärkende Arzeneien von China, calamus aromaticus, Tinct. arnicae aetherea, tinctura valerianae, Wein, kräftige Fleischnahrung. Sie müssen sich im Freien bewegen und dürfen sich nicht dem sinn- und gedankenlosen Hinbrüten überlassen, worin sie so leicht verfallen. Wenn Exsudationen im Gehirn sich

auszubilden drohen, so wird die Brechweinsteinsalbe in den Scheitel oder Nacken eingerieben, ein Blasenzug unterhalten oder ein Haarseil in den Nacken gelegt. Die Besserung gibt sich durch vermehrte Aufmerksamkeit, durch regere Intelligenz, durch bessere Körperhaltung und ausdrucksvolle Gesichtsbildung zu erkennen. Behandlung und Beschäftigung werden hier nächst diesem gebesserten Geisteszustand entsprechend eingerichtet. Bei unheilbaren Blödsinnigen ist die Sorge für körperliche Gesundheit und Reinlichkeit die Hauptrücksicht.

Nachdem ich die Behandlung der einzelnen Irreseinsformen mitgeteilt habe, halte ich es für nötig, der Diät zu erwähnen, welche bei den Geisteskranken eingeführt ist. Die Speisen für die arbeitende Klasse sind so gewählt, daß sie sättigen und nähren. Sie teilen sich in Speisen aus dem Tier- und Pflanzenreich und werden in angemessener Portion und schicklicher Abwechslung verabreicht. Das Getränke ist in der Regel gutes Brunnenwasser. Für die Zweckmäßigkeit der eingeführten Diät spricht das gute Aussehen der Irren und das seltene körperliche Erkranken. Bei Tobsüchtigen wird vorzugsweise die Pflanzenkost, bei schwächlichen und überhaupt bei solchen Irren deren Reproduktion unterstützt werden muß, die Fleischnahrung vorgezogen, bei Blödsinnigen auf eine kräftige Ernährung gesehen und in körperlichen Krankheiten die Wahl der Speisen dem Bedürfnisse und dem Charakter der Krankheit angemessen bestimmt. In solchen Fällen erhalten die Irren auch zum Getränk Wein, Mineralwasser, Bier und Kaffee. Die Irren aus der Klasse des gebildeten Standes werden nach Maßgabe des bestehenden Akkordes und der früheren Gewohnheit verpflegt und führen einen Tisch, wie er dem vornehmen Stande gebührt.

Ich gehe nun zur Beschäftigung der Irren über. Sie macht einen Hauptteil der ganzen Behandlung aus, zerfällt in körperliche und geistige Beschäftigung und richtet sich nach den verschiedenen Jahreszeiten.

Jeder Irre wird nach seinen Kräften und seinem Fassungsvermögen in Tätigkeit erhalten. Hierdurch zerstreut sich der Tiefsinnige, der mit törigtem Wahne befangene gewinnt andere Interessen, der Ungehorsame und Stolze wird an Gesetze gefesselt. So viel es tunlich ist und die Jahreszeit es erlaubt, arbeiten die Irren im Freien. Die anmutige Natur des Rheingaus, die großen und weitläufigen Umgebungen der Irrenanstalt, Gärten und Wegeanlagen laden zu solcher Beschäftigung ein und gewähren manigfaltige Abwechslung. Das Tagewerk der Irren ist einer bestimmten Ordnung unterworfen, Aufstehen, Frühstücken, Baden, Mittagessen, Spiele, Promenaden, Lektüre, Soupiren und Schlafengehen. Es ist unglaublich wie vorteilhaft dieser geregelte Typus in der Lebensart auf den Geist einwirkt. Die Geschlechter sind streng abgesondert, sowohl hinsichtlich der Wohnung, wie der Beschäftigung. Die Weiber besorgen die Reinigung der Wäsche, Garten und Feldarbeit, Spinnen, Stricken und Nähen. Andere aus der gebildeten Klasse beschäftigen sich mit Lektüre.

Die Männer arbeiten in den Gärten bei den Anlagen der Wege und Bauten, im Holzstall, im Hause, sie treiben zu ihrer Erholung Musik, Billard, Kegel, Dam, Schach und Ringspiel, exerzieren, machen Promenaden über Land zu Fuß und zu Wagen. Abends bekommen sie Unter-

richt im Schreiben und im Rechnen, sie verfertigen Papparbeiten; die Gebildeten wählen Lektüre über Fachsachen, z. B. Botanik, machen schriftliche Aufsätze, schreiben Briefe an Verwandte und Eltern, führen Tagebücher, lesen Reisebeschreibungen, Zeitungen oder benutzen Landkarten. Mehrere welche früher angestellt gewesen, werden zu Arbeiten auf den verschiedenen Bureaux der Anstalt benutzt. Alles geschieht unter strenger Aufsicht. An Winterabenden bietet ein Kasino häufige Veranlassung zu heiterer Unterhaltung bei Tee, Spiel und einer Pfeife Tabak dar. Die Angestellten machen es sich zur Pflicht, der Gesellschaft jedesmal beizuwohnen.

Die körperlich gesunden Irren baden zur Sommerzeit in dem freiliegenden großen Badeweyer, hierdurch wird die Reinlichkeit und überhaupt Salubrität befördert. Zum Vollzug der Heilzwecke dienen die verschiedenen Badeapparate in dem Badehause. Nach den verschiedenen Klassen des Irreseins geschieht auch die Trennung der einzelnen Geisteskranken, sodaß die Unruhigen und Verrückten, die Blödsinnigen, sodann die Reconvaleszenten und Ruhigen besondere Abteilungen bilden, zusammen speisen und arbeiten. Es wird als eine besondere Auszeichnung erkannt, wenn ein Irrer aus der niederen Klasse in eine höhere rückt. Überhaupt benutzen wir das Ehrgefühl bei allen Gelegenheiten zur Beförderung unserer Zwecke und es gründen sich hierauf Strafen und Belohnungen. Sobald ein Irrer mit einiger Überlegung boshafte Streiche ausübt, grobe Unfolgsamkeit oder Widersetzlichkeit zeigt, wird er bestraft mit Arrest, Kostabzug, Zwangstehen oder mit Einsperren in das hohle Rad. Schon die Verfügung, daß er den gemeinsamen Spielen und Promenaden oder der Abendgesellschaft im Kasino nicht beiwohnen darf, betrachtet er als eine empfindliche Kränkung. Ebenso findet jede rühmliche Handlung, jedes Bestreben zum Guten eine dankbare Anerkennung von Seiten des Vorstandes der Anstalt. Die gutgearteten Mitglieder aus der Gesellschaft werden ausgezeichnet und belohnt durch öffentlich ihnen zugeteiltes Lob, durch kleine Geschenke, durch bessere Kleidung, durch Erhebung zu einer besseren Klasse oder durch Versetzung auf ein Bureau, durch Zuweisung einer ehrenvollen Arbeit, durch Teilnahme an einer kleinen Reise und Zerstreuung in heiterer Gesellschaft vernünftiger Personen, durch Eröffnung der Aussicht auf baldige Entlassung, durch Einberufung der Eltern, Geschwister und Verwandten, überhaupt durch Verwilligung eines freundlichen und freieren Lebensverhältnisses. Wenn ein Irrer während drei Monaten ununterbrochen ein besonnenes und vernünftiges Betragen gezeigt hat, so wird seine provisorische Entlassung vorbereitet. Wir suchen alsdann durch Korrespondenz mit dem betreffenden herzoglichen Amte oder mit den Eltern und Verwandten, die Sache so einzuleiten, daß der Genesene bei seiner Rückkehr in das Publikum die Klippen möglichst vermeide, an welchen seine Vernunft früher gescheitert war.

Zu diesem Ende wird auch jedes Mal von dem Hausarzt der Anstalt eine Instruktion über die ferner nötige Behandlung des Genesenen entworfen und durch Vermittlung des herzoglichen Amtes dem Medizinalrat des Bezirks zugefertigt. Dieser hat dagegen während drei Jahren jährlich dem Hausarzt Nachrichten über das Betragen mitzuteilen.

In Betreff der verschiedenen Systeme, welche bei der Behandlung

der Geisteskranken bis jetzt befolgt worden sind, erlaube ich mir nachfolgendes zu bemerken: die psychische Heilkunde gehört noch zu den dunklen Gebieten, worin die Aerzte und Philosophen noch vieles aufzuhellen haben, ehe sie ein festes, allen Forderungen entsprechendes System der Psychiatrie aufzustellen vermögen. Von dem Arzt einer Irrenanstalt läßt sich erwarten, daß er die Grundsätze der generellen und speciellen Therapie seinem Heilverfahren unterlegt, mit der Psychologie sowohl wie mit der über psychische Heilkunde erschienenen deutschen, französischen und englischen Literatur vertraut sei und das nützliche und brauchbare für seinen Heilzweck benütze.

Wir haben zur Erreichung dieser wichtigen Zwecke die Schriften und Systeme nachfolgender Gelehrten des In- und Auslandes studiert: Reil, Hofbauer, Heinroth, Haindorf, Henke, Jakoby, Vering, Nasse, Gall, Spurzheim, Hartmann, Pinel, Esquirol, Georget, Cox u. s. w.

Eltville, den 18. August 1828.

gez. Dr. Windt.

Bild eines Tollhauses im 18. Jahrhundert.

(Aus J. B. Basedows Kupfersammlung.)

Von

Georg Ilberg.

In den letzten Jahren ist mehrfach von Zeichnungen und Bildern berichtet worden, die Geisteskranke angefertigt haben. Schon oft aber haben sich Künstler bemüht, die Eigentümlichkeiten Geisteskranker in deren Gesichtsausdruck und Gebahren darzustellen. Kulturgeschichtlich ist es von Interesse festzustellen, in welcher Weise zu verschiedenen Zeiten das Tun und Treiben psychisch Kranker und die Beschaffenheit der Anstalten, in denen diese untergebracht sind, bildnerisch wiedergegeben worden ist. Aus neuerer Zeit existieren viele solche Bilder, auf denen man sieht, wie Geisteskranke genau so wie andere Schwerkranke auf den Wachabteilungen in den Betten liegen, wie Unruhige im Dauerbad sind, wie die Kranken in der Nähstube, in der Zuputzküche, im Garten oder auf dem Felde beschäftigt werden. Wie die Verhältnisse in früheren Zeiten waren, sieht man u. a. auf dem bekannten Bilde Kaulbachs: Das Narrenhaus. In der Kupfersammlung zu *J. B. Basedows* Elementarwerk für die Jugend und ihre Freunde, Leipzig bei Siegfried Lebrecht Crusius (Vorrede von 1774), findet sich auf Tafel 26 ein Kupferstich von G. G. Endner, welcher diesem Hefte beigegeben ist. Die Tafeln dieser Sammlung, die auch viele Stiche des bekannten Daniel Chodowiecki enthält, gehören zu dem Elementarwerk, das von Th. Fritzsch, Leipzig 1909, wieder herausgegeben worden ist. Der in Bd. I auf Seite 155 ff. befindliche Basedowsche Text lautet in wörtlicher Wiedergabe folgendermaßen:

„Nicht alle Menschen gelangen zu dem Gebrauche ihrer Vernunft, nicht alle behalten ihn, wenn sie ihn gleich erlangt haben. Einige wenige Kinder, die man an der Seele als Mißgeburten betrachten kann, bleiben, ob man sie gleich menschlich zu erziehen trachtet, viehisch-

---

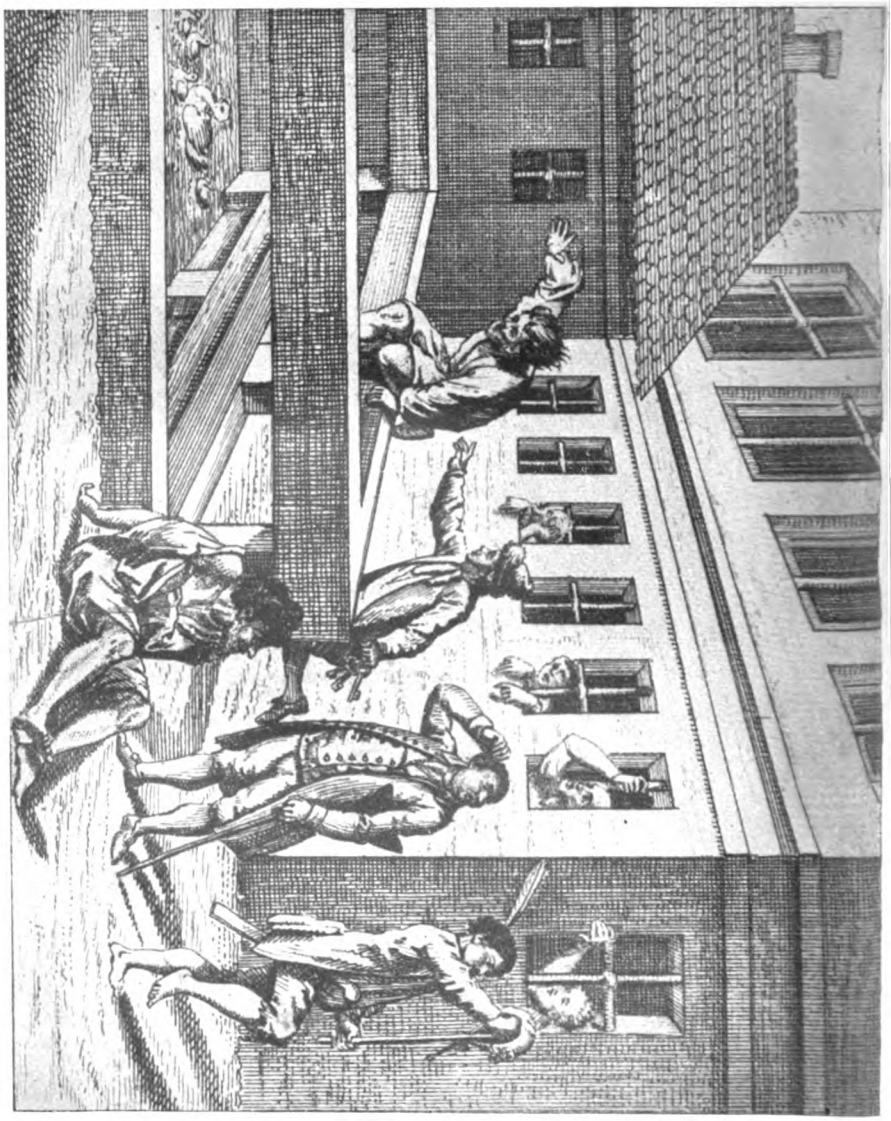
Kollegen, die etwa ähnliche Darstellungen von Geisteskranken oder Irrenhäusern aus vergangener Zeit besitzen, werden gebeten, diese für kurze Zeit dem Herausgeber anzuvertrauen, damit sie ebenfalls in der Allg. Zeitschrift wiedergegeben werden können.

Die Verlagsbuchhandlung ist in der Lage Einzelexemplare des umstehenden Bildes an Interessenten abzugeben.

UNIV. OF MICH.

Zu „*Georg Ilberg,* Bild eines Tollhauses im 18. Jahrhundert"

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band LXXXI



Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin

dumm oder viehisch-wild. Andere verlieren im erwachsenen Alter diejenige Festigkeit und Mannigfaltigkeit der Gedanken und Vorsätze, diejenige Abhänglichkeit (sic) einiger Begierden von anderen, folglich diejenige Lenkbarkeit durch gewöhnliche Bewegungsgründe, welche man die Gesundheit der Vernunft oder das Bewußtsein seiner selbst nennt. Sie verfallen entweder in eine besondere Unempfindlichkeit oder in Wahnsinn (in welchem ihre Phantasie oft stärker ist als die Sinnenkraft) oder in sonderbare Albernheit der Wünsche und Handlungen oder endlich in eine gewalttätige Raserei und Tollheit, welche gemeiniglich mit ungewöhnlichen Leibeskräften verbunden ist. Seht auf einem Hofplatze ein Tollhaus, welches zur Verwahrung und Verpflegung solcher Unglücklicher bestimmt ist. Die gänzlich Rasenden sind in Zellen eingeschlossen und zuweilen wie wilde Tiere mit Fesseln belegt; man nimmt ihnen, soviel als möglich ist, alles, womit sie sich oder anderen schaden können. Dieser mit der Perrücke, die er jenem vorübergehenden Manne abgenommen hat und mit einem hölzernen Degen auf der rechten Seite, ist nur albern oder wenigstens nur wahnsinnig. Jetzt ist seine lustige Laune, darum tanzt er herum. Diese wechselt zuweilen mit einer traurigen ab; alsdann weint und heult er beständig, und zwar ohne erdenkliche Ursachen. Jener, der in das Wasserbehältnis springen will, und den der Wärter, der die Schlüssel in der Hand hat, zu ergreifen sucht, ist aus seinem Kerker losgebrochen. Der Sitzende scheint auch rasend zu werden, denn er reißt sich vor Wut die Kleider vom Leibe.

„O wie glücklich ist das menschliche Geschlecht, daß nur so wenige albern, wahnsinnig oder rasend werden! Durch diese wenigen Exempel lernen die übrigen das große Glück ihrer gesunden Vernunft recht schätzen und werden vor den Lastern, Affekten und Unvorsichtigkeiten gewarnt, welche den Verlust derselben nach sich ziehen können. Kinder, hütet euch vor dem ersten Grade heftiger Affekte, laßt keinen zur Gewohnheit werden, zerstreut euch bei dem Anfange derselben durch gute Taten oder durch maßhaldige Ergötzlichkeiten, besteht nicht eigensinnig darauf, entbehrliche Wünsche zu erfüllen, deren Erreichung nach dem Urteile eurer Vernunft und eurer Freunde oder Ratgeber zu schwer oder unmöglich ist, bewahret euren Körper, soviel ihr könnt, vor hitzigen Krankheiten und seid vorsichtig in den seltenen Fällen, da ihr hört, daß rasende Tiere in der Nähe sind, deren Biß alles Lebendige rasend machen kann. Mehr ist nicht in eurer Macht, um der zwar sehr seltenen, aber doch sehr furchtbaren Gefahr des Wahnsinns und der Raserei zu entgehen."

Die Kinder eklamptischer Mütter, ein Beitrag zur Lehre vom Geburtstrauma.

Von

J. L. Entres (Eglfing).

(Aus der genealogischen Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie).

Die genealogische Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie hat mir die Aufgabe gestellt, den Tatsachen und Bedingungen der Entstehung und Vererbung angeborener Schwachsinnsformen nachzugehen. In Verfolgung dieser Aufgabe mußte ich bald erkennen, daß die Unterlagen für einen Erfolg versprechenden Lösungsversuch erst noch zu schaffen sind. Solange man nicht das Heer von exogenen Momenten, welche bald als alleinige Ursache, bald als mitwirkend und auslösend für die Entstehung des angebornen Schwachsinns angeschuldigt werden, einer wirklich kritischen Zuverlässigkeitsprüfung unterzogen hat, kann man m. E. an die endogenen Grundlagen, zumal an die etwa bestehenden Erbgrundlagen der Idiotie und Imbezillität in ihrer Gesamtheit nicht herankommen. Der Sammelbegriff des angeborenen Schwachsinnes bzw. der Idiotie umfaßt Krankheitsformen so verschiedenartiger Ätiologie, daß wir uns alle Mühe geben müssen, dieses Sammelsurium noch viel weitergehend, als es bisher geschah, in selbständige Gruppen aufzulösen. Man steht also einer schwer absehbaren Reihe von Vorarbeiten gegenüber. Eine derselben will ich hiermit in Angriff nehmen.

Unter den angeboren Schwachsinnigen und Idioten meines Materiales befindet sich ein idiotischer Knabe, geboren von einer eklamptischen Mutter. Irgend ein anderweitiger äußerer Faktor, der als Entstehungsursache der Idiotie angenommen werden könnte, ist bei diesem Kinde nicht nachzuweisen. Ein Onkel mütterlicherseits

[1]) Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung des Vereins Bayerischer Psychiater in Nürnberg am 26. Juli 1924.

des Probanden leidet ebenfalls an angeborenem Schwachsinn. Sonstige Fälle von Schwachsinn, geistiger Störung oder Abnormität kommen in der genau erfaßten engeren und weiteren Verwandtschaft nicht vor. Aus dem Vorliegen eines gleichartigen Erkrankungsprozesses bei einem nahen Verwandten möchte man hier den Schluß auf eine endogene Ursache der Idiotie (Erbanlage) ziehen, wenn nicht die Tatsache, daß der schwachsinnige Onkel ebenfalls von einer eklamptischen Mutter geboren wurde, die Vermutung aufdrängte, daß in diesen beiden Fällen der angeborene Schwachsinn bzw. die Idiotie in irgend einem ursächlichen Zusammenhang mit der Eklampsie der Mutter stehen. Lernt man, wie ich dank der Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrat *Fr. v. Müller*, noch weitere ähnlich gelagerte Fälle kennen, so gewinnt die Vermutung an Wahrscheinlichkeit, zumal sie auch in der Literatur eine gewisse Stütze findet. *B. Sachs* äußert die Ansicht, daß „urämische Konvulsionen" der Mutter als Ursache pränataler Lähmungen bei Kindern anzusehen seien. *P. Ernst* spricht von einer herdförmigen Encephalitis neonatorum bei Eklampsie der Mutter. *Fr. Wohlwill* berichtet über ausgesprochene herdförmige Veränderungen, sog. Encephalitis congenita (*Virchow*), bei zwei totgeborenen Kindern eklamptischer Mütter.

Theoretisch bestehen verschiedene Wege, auf denen die Schädigung des kindlichen Gehirns bei Eklampsie der Mutter zustande kommen könnte. Nach der heute allgemein gültigen Auffassung handelt es sich bei der Eklampsie um eine Schwangerschaftstoxikose. Die im Blute eklamptischer Schwangerer kreisenden toxischen, intermediären Stoffwechselprodukte oder Fermente vermögen beim Fötus ganz ähnliche krankhafte Veränderungen hervorzurufen wie im Gehirn der Mutter (Encephalitis neonatorum nach *Ernst*, Encephalitis congenita nach *Wohlwill*). Nimmt diese Giftwirkung erheblichere Grade an, so kommt es zum Fruchttod (*Greil*). Dabei haben wir es stets mit einer direkten Schädigung zu tun. Daneben besteht noch in weitem Umfange die Möglichkeit einer mittelbaren Schädigung der Leibesfrucht in utero vor und während des Geburtsaktes. Die für die Eklampsie charakteristischen Krampfanfälle stören die fötale Blutversorgung einschneidend und nachhaltig, unterbrechen den Plazentarkreislauf, rufen gelegentlich vorzeitige Ablösung der Plazenta hervor, führen zu Kohlensäureüberladung des Blutes, damit zu Gefäßwandschädigungen und zu schwerer Beeinträchtigung des Atemzentrums. Gleichzeitig wirken sie durch direkten Druck, erzeugen Stauungen in den Venen mit nachfolgenden Blutaustritten durch Diapedesis und Rhexis, Zerreißungen

der Hirnhäute, der in die Blutleiter einmündenden Piavenen und anderes mehr. Eine weitere Folge der Krampfanfälle ist unter Umständen die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft, die Frühgeburt.

Schon der normale Geburtsvorgang birgt allerlei Gefahren für das Kind in sich. Er schafft unter Umständen das, was als Geburtstrauma in seiner Bedeutung dank der subtilen und umfangreichen Untersuchungen von *A. Ylppö* und *Ph. Schwartz* heute erst allmählich richtig gewürdigt wird. Unter Geburtstraumen versteht man Schädigungen der kindlichen Organe, welche während des und durch den Geburtsvorgang entstanden sind. Solche Geburtsschädigungen können selbst bei leicht und rasch verlaufenden Geburten eintreten, hat man doch sogar bei mittels Kaiserschnittes entwickelten Kindern traumatische Schädigungen festgestellt (*G. A. Wagner*, *Groß*, *Dollniger*). Mit zunehmender Schwere des Geburtsvorganges wächst die Gefahr eines Geburtstraumas. Die Eklampsie, welche einerseits häufig zur spontanen Frühgeburt führt, andererseits im Interesse der Erhaltung des mütterlichen bzw. kindlichen Lebens nicht selten rasche Entbindung bei schlecht eröffneten Geburtswegen, künstliche Frühgeburt, Zange, Wendung, Kaiserschnitt und andere geburtshilfliche Maßnahmen erfordert, müßte demnach kat' exochen die Domäne der Geburtsschädigungen sein.

Seit *Little* kennen wir die Gefahren der Frühgeburt für das Kind. *Ylppö* schuf die pathologisch-anatomischen Unterlagen für unser Wissen von den Geburtsschädigungen bei Frühgeburten. Die besondere Gefährdung der Frühgeburten brachte er mit der relativen Bindegewebsarmut sowie dem Fehlen der elastischen Fasern an den Gefäßen der Frühgeborenen und der dadurch erhöhten Möglichkeit von Blutaustritten und Gefäßzerreißungen bei endovasalen Drucksteigerungen in Zusammenhang. Er hob die Weichheit des Gehirns und die Nachgiebigkeit der Schädelknochen bei Frühgeburten hervor, zwei Umstände, welche bedingen, daß sowohl Druckwirkungen von außen als auch intravasalem Druckanstieg ein viel schwächerer Widerstand entgegentritt, als dies bei Gehirn und Schädel des reifen Kindes der Fall ist. Weiterhin gab *Ylppö* zu bedenken, daß die Frühgeburt oft rasch und bei nicht genügend erweiterten Geburtswegen erfolgt.

Letzten Endes haben alle Geburtsschädigungen ihre Ursache in äußeren Einwirkungen auf die Leibesfrucht, die im normalen oder abnormen Geburtsmechanismus begründet sind. Muskeldruck, Anpressen an die harten Geburtswege, Störungen in der Blutzufuhr,

lann die von *Ph. Schwartz* neuerdings besonders nachdrücklich be-onte Saugwirkung bilden da die ausschlaggebenden Faktoren. Die Saugwirkung, in deren Gefolge Ansaugungsblutungen im vorliegenden Kindesteil entstehen, ist eine Resultante der Druckdifferenz, zwischen lem im Uterus herrschenden hohen Wehendruck und dem atmo-phärischen Druck, der auf dem bereits ausgetretenen Kindesteil astet. Am ausgetretenen Kindesteil wirkt sich diese Druckdifferenz als negativer Druck, als Saugdruck aus.

Bei der Konfiguration des vorangehenden Kopfes durch Knochen und Weichteile des Geburtskanals werden die Schädeldachknochen übereinander geschoben. Von dem Maße dieses Übereinander-geschobenwerdens hängt es ab, ob die in den langen Hirnsinus (Sinus sagittalis sup.) einmündenden Venen (Vv. cerebri superiores) abreißen oder nicht. Seitliches Zusammenpressen des kindlichen Schädels erzeugt, wie *Benecke* dargetan hat, durch plötzliche und übermäßige Längsdehnung des Schädels, Überspannungen der Dura, insbesondere der Falx und des Tentoriums, führt dadurch zu Dura- und Tentorium-rissen, subduralen, subarachnoidalen und interpialen Blutergüssen. Solche Blutergüsse umspülen bald die Konvexität des Gehirns, bald die Basis oder das Zerebellum. Durch Druck auf das verlängerte Mark bewirken sie Asphyxie oder gar asphyktischen Tod der Frucht. Im allgemeinen werden die subduralen, subarachnoidalen und inter-pialen Blutergüsse verhältnismäßig rasch — innerhalb einiger Monate — und vollständig aufgesaugt. Unter Umständen aber bilden sie durch nachfolgende Infektion mit Bakterien vom Nasenrachenraum bzw. vom Darmkanal her den Ausgangspunkt folgenschwerer Erkrankungen. Umfangreichere Blutergüsse können auch ohne bakterielle Infektion eine Dauerschädigung des kindlichen Gehirns zur Folge haben, wenn die restlose Resorption ausbleibt und meningitische Auflagerungen die abführenden Lymphbahnen verlegen. Dann kommt es zu Ödemen in mehr oder minder ausgedehnten Bezirken der Hirnrinde, zu multiplen, irreparablen Ernährungsstörungen, d. h. Erweichungen (*Schaffer*).

Überspannungen der Dura, besonders der Falx und des Tento-riums, stören die Blutzirkulation im Sinus rectus. Sie verursachen Stauungen in der V. magna cerebri (*Galeni*) und in den tiefen Gehirn-venen (Vv. cerebri internae, Vv. terminales, Vv. chorioideae). Als Folge dieser Stauung treten Berstungsblutungen auf. Im Einzugs-gebiet der V. magna Galeni haben solche Berstungsblutungen eine sehr ungünstige Prognose. Wie *Ph. Schwartz* an Hand sorgfältigst untersuchter Fälle gezeigt hat, führen sie, die mit Vorliebe die

Vv. terminales betreffen, zu ausgedehnten Zerstörungen im Marklager und in den Stammganglien, vorweg im Nucleus caudatus, zu zentraler Höhlenbildung und zu Hydrocephales internus.

Die peripheren Hirndefekte und Höhlenbildungen, von *Ph. Schwartz* periphere Porenzephalien genannt, haben eine andere, allerdings noch umstrittene Genese. Einige Autoren (*Beck, Bikeles, Obersteiner, Pfeiffer, Schaffer, Schmaus*) sehen in ihnen Folgezustände reiner Gehirnerschütterung, andere halten eine durch direkten Druck oder Stoß, d. h. durch Quetschung, hervorgerufene traumatische Blutung in der Hirnrinde für das primäre (*Bruns, Stadelmann*), die Erweichung für das Sekundäre. Wahrscheinlich werden in den meisten Fällen beide Faktoren zusammenwirken. Eine dritte Auffassung billigt der Asphyxie, die einerseits durch anhaltende Krampfwehen verursacht werden kann, andererseits im Gefolge eklamptischer Anfälle sich einstellt, den entscheidenden Einfluß zu. Auch diese Auffassung vermag gewichtige Beweisgründe für sich ins Feld zu führen, so z. B. die Tatsache, daß man an Leichen asphyktisch geborener Kinder häufig zerstreut stehende punktförmige Blutaustritte oder zahlreich verteilte, kleinste Nekroseherde in der Hirnrinde konstatiert. Die Analogie mit Befunden an Gehirnen Erstickter muß hier den Fingerzeig zur Entstehungsursache geben.

Das Ergebnis *von Rickers* Beobachtung, daß das Gefäß- und Kapillarsystem nicht nur der Haut, sondern auch der verschiedenen Körperorgane auf schwache, mechanische Reize mit Erweiterung der Strombahn und Beschleunigung der Strömungsgeschwindigkeit, auf stärkere Reize mit Verengerung der Gefäße, auf sehr starke Reize mit Erweiterung der Strombahn und Austritt von roten Blutkörperchen antwortet, läßt sich, wie *Ph. Schwartz* zeigte, auch auf die Hirngefäße übertragen. Einige wichtige Punkte der von *Ricker* festgestellten Gesetzmäßigkeiten sind dabei besonders im Auge zu behalten. Nur bei sehr erheblich (prästatisch) und allmählich verlangsamtem Blutstrom kommt es zu diapedetischem Blutaustritt. Stase und Prästase können unter Umständen erst nach Stunden, Tagen, Wochen oder Monaten dem Insulte folgen.

In Anwendung der *Rickers*chen Beobachtungen auf unseren Fall werden wir wenigstens einen Teil der bei Neugeborenen konstatierten Erweichungsherde mit durch Geburtsinsulte ausgelösten Stasen in umschriebenen Hirngefäßbezirken in Zusammenhang bringen dürfen. Wir werden uns aber auch erinnern, daß der Eklampsie an und für sich einschneidende Zirkulationsstörungen, wie Vasokonstriktionen,

tasen in ausgedehnten Kapillarbezirken, Thrombenbildung zugeordnet nd. Die lebensrettende Wirkung des Aderlasses bei Eklamptischen t ja gerade der Beseitigung dieser Stasen, Ischämien und angiospastischen Zustände durch den mechanischen, vielleicht reflektorischen eiz, den der Aderlaß setzt, zu verdanken (*Nevermann*). Diese ischämischen und angiospastischen Kreislaufstörungen führen nicht nur ei der Schwangeren, sondern auch beim Fötus zu ischämischen rweichungsherden und umschriebenen Thrombonekrosen im Gehirn. ben darin besteht m. E. die schon oben erwähnte direkte schädliche eeinflussung der Leibesfrucht durch das Eklampsiegift, in welchem an bekanntlich drei Wirkungskomponenten, nämlich eine gerinnungserregende, eine gefäßwandschädigende und eine vasokonstriktorische u unterscheiden vermag (*Fahr*). Außerdem wird man annehmen ürfen, daß die durch das Eklampsiegift für vasokonstriktorische Reaktion und Verlangsamung der Blutströmungsgeschwindigkeit gewissermaßen sensibilisierten Hirngefäße der Leibesfrucht auf die iblichen Geburtsinsulte wesentlich nachhaltiger und eher im Sinne der von *Ricker* festgestellten Normen ansprechen.

Unter den als Reizquelle für die erwähnten Gefäßreaktionen in Betracht kommenden Insulten sind neben den bereits erörterten des normalen Geburtsvorganges noch anzuführen: Zangendruck, forcierte Extraktionen nach Wendung, Geburten bei Fußlagen, wo der Geburtskanal durch das vorangegangene Becken für den umfangreicheren Kopf nicht genügend erweitert ist.

Quellen anderweitiger Geburtsschädigungen können straffe Umschlingungen des Halses durch die Nabelschnur, Vorfall der Nabelschnur mit gleichzeitiger Kompression derselben, ferner Überdehnungen der Vv. jugulares und die daraus herzuleitenden Stauungen im rückwärtigen Gebiet dieser Venen infolge extremer Deflexion des Kopfes bei Gesichtslage werden.

Riß mann und *Mittweg* lehnten seinerzeit die Anwendung von Chloralhydrat und Morphium bei Eklamptischen als bedenklich ab, weil sie von größeren Gaben dieser Mittel eine ungünstige Einwirkung auf die Leibesfrucht (Lähmung des Atemzentrums) befürchteten. Nach Erhebungen *Denkers* über das Schicksal von Kaiserschnittkindern erscheinen diese Befürchtungen nicht gerechtfertigt. Die Narkose beim Kaiserschnitt ruft jedenfalls im allgemeinen keine Dauerschädigung des Kindes hervor.

Mit diesen Ausführungen sind wohl die Gefährdungsmöglichkeiten der Leibesfrucht durch die mütterliche Eklampsie ziemlich

erschöpfend abgehandelt. Es fragt sich nun, ob und wie diese Möglichkeiten sich tatsächlich an den überlebenden Kindern auswirken, bzw. welche dauernden Folgen sie zeitigen können. In der Literatur mangelt es nicht an Behauptungen, welche intrauterinen Schädigungen der besprochenen Art, vor allem Geburtstraumen einen weitgehenden Einfluß einräumen. Neben der traumatischen, zerebralen progressiven Atrophie, dem *Little*schen Symptomenkomplex, isolierten Gliedmaßenlähmungen, Strabismus, Bulbärkernlähmungen, Athetose, Hemichorea, Taubstummheit und Epilepsie hat man angeborene Kleinhirnstörungen sowie Fälle von Imbezillität, Idiotie, Mikrogyrie und diffuser Sklerose des Gehirns als auf dieser Grundlage entstanden angenommen. Für einen Teil der Fälle ist diese Art der Genese durch die pathologisch-histologische Untersuchung sichergestellt. In jüngster Zeit bemüht man sich ernstlich, früheste klinische Folgezustände und Erkennungsmerkmale der hier in Rede stehenden Schädigungen des Gehirns und seiner Häute zu ermitteln. *Ylppö* legte den in den ersten Lebenstagen, Wochen und Monaten auftretenden asphyktischen Anfällen (NB. nicht eindeutig), dem Fehlen des Saugreflexes, dem Unvermögen zu schlucken und dem „Hampelmannphänomen" — blitzartiges Hochheben der Arme und Zucken der Beine bei Beklopfen des Sternums — große Bedeutung nach dieser Richtung bei. Weniger eindeutige Smptome sind Spasmen, Krämpfe, Nackensteifigkeit, tiefes Gähnen (*Dollinger*). Schnappende Atemzüge, Verschiedenheit der Lidspalten, Ptosis und Opisthotonus werden von *Meyer*, *Ballantyne* und *Schäfer* für Kennzeichen von hohem diagnostischem Wert gehalten. *Ph. Schwartz* und andere hoffen in gewissen Störungen der Vestibularreaktionen bei Neugeborenen und älteren Säuglingen, vor allem im Spontannystagmus sowie der kalorischen Unter- und Unerregbarkeit des Vestibularapparates brauchbare Unterscheidungsmerkmale gefunden zu haben. Man ist also im besten Zuge diese Verhältnisse zu klären. Daß es dabei auch gelingen wird, eine genetisch selbständige Gruppe aus dem Sammelbegriff der psychischen Entwicklungshemmungen, zumal des angeborenen Schwachsinns und der Idiotie, herauszuschälen, dürfen wir mit Bestimmtheit erwarten.

Ich selbst habe mir die Aufgabe gestellt, diese Bestrebungen auf einem anderen Wege zu fördern, indem ich dem ferneren Schicksal von eklamptischen Müttern geborener Kinder nachforschte. Herr Geheimrat Prof. Dr. *Döderlein* stellte mir in liebenswürdiger Weise das Material der Münchener Universitäts-Frauenklinik für meine Untersuchungen zur Verfügung. Ihm danke ich auch an

dieser Stelle für sein gütiges Entgegenkommen aufrichtig und herzlich. Vorläufig konnte ich nur 217 in den Jahren 1895—1910 in der Münchener Frauenklinik behandelte Fälle von Eklampsie bearbeiten. Unter diesen 216 eklamptischen Schwangeren (in einem der Fälle lag nämlich keine Schwangerschaft, sondern eine Blasenmole vor) befanden sich 11, die mit Zwillingen niederkamen. Da man durchschnittlich erst auf 80 Geburten 1 Zwillingsgeburt rechnet, geht die prozentuale Häufigkeit von 5,1 bei unseren Eklamptischen um ein Erhebliches über die Durchschnittshäufigkeit der Zwillingsgeburt hinaus. Man muß sich aber davor hüten, aus dieser Erscheinung ohne weiteres auf irgend einen bedeutungsvollen Zusammenhang zwischen Eklampsie und Zwillingsgeburt zu schließen. Die größere Häufigkeit der Zwillingsgeburten bei eklamptischen Müttern könnte lediglich eine scheinbare, eine zufällig durch die Kleinheit des Ausgangsmateriales sich ergebende sein.

9 von den 216 Schwangeren starben unentbunden. Bei 68 Eklamptischen kam das Kind tot zur Welt (darunter 12 Perforationen, z. T. der intrauterin abgestorbenen Frucht). Insgesamt war das Ergebnis der 216 Schwangerschaften 77 mal ein totes Kind bzw. auf 227 Kinder 77 Totgeburten = 33,9 vom Hundert. Vergleicht man diesen Hundertsatz mit den Angaben anderer Autoren, so findet man weitgehende Übereinstimmung. *Strober* stellte an anderem Eklampsiematerial der Münchener Frauenklinik eine Kinderletalität von 40% fest. *v. Jaschka* schätzt, daß schon bei der reinen Schwangerschaftsnephropathie etwa 20% der Kinder in der Gravidität zugrunde gehen; bei der Eklampsie rechnet er mit einer Kinderletalität von mindestens 40%. Ursache dieser hohen Sterblichkeit werden wohl zum kleineren Teil toxische Einwirkungen (Eklampsienoxe) auf die Leibesfrucht (10 Kinder zeigten bei der Geburt Mazerationserscheinungen), zum größeren Teil der eklamptische Anfall bzw. Geburtsschädigungen gewesen sein.

Läßt man diejenigen Früchte, deren Mutter unentbunden starb, unberücksichtigt und betrachtet man, wie *Ylppö* dies tut, nur Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g als Frühgeburten, so waren 47 = 69,1% der Totgeborenen Frühgeburten, 21 = 30,9% ausgetragene Früchte. In unserem Gesamtmaterial hatten von 218 Neugeborenen (228 abzüglich der 9 Kinder unentbunden verstorbener Schwangeren und des einen Falles von Blasenmole) 100, d. s. rund 46 vom Hundert, ein Geburtsgewicht unter 2500 g. Da im allgemeinen nur etwa 5%—10% der Gesamtgeburten Frühgeburten zu sein pflegen,

stellen unsere Zahlen recht deutlich heraus, in welchem Ausmaße die Eklampsie zu vorzeitiger Beendigung der Schwangerschaft spontan (35 Fälle) oder durch ärztlichen Eingriff (65 Fälle) Anlaß wird.

Entwicklung und Schicksal konnte nur bei einem Bruchteil der lebendgeborenen Kinder weiterverfolgt werden. Das ist in Anbetracht des Umstandes, daß sich die Frequentanten der geburtshilflichen Kliniken zum großen Teil aus ledigen Müttern rekrutieren, begreiflich. Den 77 Schwangerschaften, die mit einem toten Kinde endigten, standen 150 Lebendgeburten gegenüber. Von den 150 Lebendgeborenen starben nachweislich 56, zumeist bald nach der Geburt oder wenigstens innerhalb des 1. Lebenshalbjahres, nur 2 davon im 2. Lebenshalbjahr. Bei 47 war sicher festzustellen, daß sie über das 1. Lebensjahr hinaus gediehen sind. Bis auf 4 sind diese heute noch am Leben. Ein Fall starb mit 24 Jahren, einer mit 5 Jahren 3 Monat an unbekannter Krankheit, ein Lebendgeborener verunglückte tödlich im Alter von 22 Jahren 5 Monat, ein 4. Kind erlag mit 7 Jahren 1 Monat einer akuten tuberkulösen Hirnhautentzündung. In 47 Fällen blieben die angestellten Erhebungen ergebnislos. Unter den Lebendgeborenen bestand folgendes Verhältnis zwischen Frühgeburten und ausgetragenen Kindern:

I. Bei den vor Ablauf des 1. Lebensjahres gestorbenen: 29 Frühgeburten zu 27 reifen Kindern = 51,8% bzw. 48,2%;

II. Bei denjenigen Lebendgeborenen, welche das 1. Lebensjahr nachweislich überlebt haben und deren späteres Schicksal eruiert werden konnte: 11 Frühgeburten zu 36 reifen Früchten = 28,3% bzw. 71,7%.

III. Bei den Kindern, über deren Schicksal nichts in Erfahrung zu bringen war: 13 Frühgeburten zu 34 ausgetragenen Kindern = 29,3% bzw. 70,8%.

Wenn es überhaupt zulässig ist, aus diesem an einem relativ kleinen Material gefundenen Verhältnis Schlüsse zu ziehen, so geht daraus im Zusammenhalt mit unseren Erfahrungen an Totgeborenen hervor, daß die nicht ausgetragene Leibesfrucht den im Gefolge der mütterlichen Eklampsie auftretenden Schädlichkeiten viel leichter erliegt als die reife Frucht, daß die Wahrscheinlichkeit, das 1. Lebensjahr zu überleben, bei zufrühgeborenen Kindern eklamptischer Mütter fast die Hälfte geringer ist als diejenige ausgetragener Kinder.

Läßt man die 47 Kinder, über deren Schicksal nichts eruiert werden konnte, und auch die 9 Kinder unentbunden gestorbener

Mütter unberücksichtigt, dann bleiben 87 Frühgeburten und 84 ausgetragene Kinder, d. h. zusammen 171 Fälle. Davon kamen 68 (47 Frühgeburten und 21 reife Kinder) tot zur Welt; 56 Kinder (29 Frühgeburten und 27 ausgetragene Kinder) kamen wohl lebend zur Welt, starben aber sehr bald, spätestens vor Ablauf des 1. Lebensjahres; 47 überlebten das 1. Lebensjahr. In Prozenten ausgedrückt ergibt sich folgendes Bild:

Von 171 Kindern eklamptischer Mütter waren totgeboren 39,8%, lebendgeboren 60,2%;

von den 103 lebendgeborenen Kindern starben bald nach der Geburt bzw. spätestens vor Ablauf des 1. Lebensjahres 54,4%, leben noch bzw. starben erst nach Zurücklegung des 1. Lebensjahres 45,6%.

Unter Einbeziehung der im Säuglingsalter verstorbenen Kinder würde sich aus unseren 171 Fällen für die Kinder eklamptischer Mütter eine Gesamtletalität von rund 73% ergeben. Dieser Prozentsatz ist außerordentlich, wahrscheinlich zu hoch. Wir müssen nämlich im Auge behalten, daß zwar die Totgeborenen sämtlicher eklamptischer Mütter vollständig erfaßt sind, die Zahl der überlebenden Kinder durch die infolge Fehlens von Angaben ausgeschiedenen Fälle sicher zu niedrig geworden ist. Immerhin darf auch bei Berücksichtigung dieser Fehlerquelle eine sehr hohe Gesamtletalität für die Kinder Eklamptischer angenommen werden.

Sie werden fragen, ist es denn erlaubt, die Todesfälle vor Ablauf des 1. Lebensjahres auf das Konto der Eklampsie bzw. von Geburtsschädigungen zu buchen? Für die weitaus größte Mehrzahl der Fälle hege ich kein Bedenken, diese Frage zu bejahen. 43 der 56 Kinder haben nur wenige Minuten, Stunden, Tage oder Wochen gelebt. Bei einem Bruchteil derselben ist als Todesursache ausdrücklich Lebensschwäche angegeben oder Atrophie konstatiert. Erinnern wir uns, daß *Ylppō* die Diagnose „Lebensschwäche" als Todesursache bei Frühgeborenen verwirft, insoferne sie ausdrücken will, daß die Organe des betreffenden Kindes für eine selbständige Fortführung des Lebens noch nicht genügend ausgebildet waren, daß er für die Mehrzahl seiner Fälle den Nachweis eindeutiger pathologisch-anatomischer Veränderungen — vorwiegend Folgen von Geburtsschädigungen — als Todesursachen erbringt. Wir sind m. E. gezwungen, aus dem Ergebnis von *Ylppös* überaus gewissenhaften Untersuchungen die Nutzanwendung zu ziehen und in der Eklampsie mit allen ihren Folgen die Ursache des frühen Todes dieser Kinder zu sehen. Nur ganz wenige Fälle sind hiervon auszuscheiden, nämlich 3 Fälle mit Magendarm-

störungen und 1 Fall, in dem Bronchitis amtlich als Todesursache verzeichnet ist. In einem weiteren Fall erfolgte der Tod an „Zahnfraisen". Hinter den Zahnfraisen verbirgt sich nicht selten eine Meningoenzephalitis. Bei der Häufigkeit des Vorkommens von Bakterien im Blute von Säuglingen, zumal frühgeborener, bei dem relativ langen Erhaltenbleiben der Folgeerscheinungen von Geburtsschädigungen im Gehirn ist die Gefahr nachträglicher Infektion jener primär keimfrei gebliebenen Erweichungsherde und Blutergüsse erheblich, denn die ebenerwähnten Folgezustände der Geburtstraumen im kindlichen Gehirn bilden auf längere Zeit hinaus einen locus minoris resistentiae, der für Infektionen jederzeit einen besonders geeigneten Boden abgibt. *Schmincke* beschreibt einen Fall von multipler Narbenbildung in der Großhirnrinde kombiniert mit fibröser Leptomeningitis und Pachymeningitis haemorrhagica interna bei einem 5 Monat alten Knaben, der mittels Zange in tiefer Asphyxie geboren, sich zunächst 2½ Monate lang regelmäßig entwickelt hatte. Mit 2½ Monat traten wenige Tage hintereinander je 1 Krampfanfall auf. Von da ab wurde das Kind auffallend still, zeigte geringe Trinkfreudigkeit und ging körperlich rasch zurück. Tod 1½ Monate später unter Erscheinungen von Bronchopneumonie. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab den obenerwähnten Befund, reichen Diplokokkenbefund in den membranösen Duraauflagerungen. *Schmincke* kommt per exclusionem zur Annahme einer traumatischen (Geburtstrauma) Genese der Narben, der Lepto- und Pachymeningitis und nachträglicher Infektion wahrscheinlich vom Nasenrachenraum her.

Wir werden demnach die enorme Sterblichkeit bei den lebendgeborenen Kindern eklamptischer Mütter auf direkte oder indirekte Schädigung durch die Eklampsie zurückführen, und wir werden dies tun, obwohl wir uns bewußt sind, daß weder die Ausscheidung nach der Dauer, noch die nach der Schwere des Geburtsvorganges, noch diejenige nach der Art des geburtshilflichen Eingriffes hierfür schlüssige Beweiszahlen liefert. Zur Illustration, wie wenig scheinbar die geburtstraumatische Schädigung von gewissen Komplikationen des Geburtsvorganges abhängig ist, sei ein Beispiel angeführt. In den Geburtsgeschichten unseres Materials ist 45 mal ein mehr oder minder schwerer Grad von Asphyxie verzeichnet. Diese 45 asphyktisch geborenen Kinder verteilen sich folgendermaßen auf die nachstehenden Untergruppen:

1. Gestorben vor Ablauf des 1. Lebensjahres ..... 19 Kinder = 42%
2. Sicher heute noch am Leben ..... 16 „ = 36%
3. Weiteres Schicksal unbekannt ..... 10 „ = 22%

Weiß man noch, daß von den mit bleicher Asphyxie geborenen Kindern zufällig sämtliche heute noch leben, dann kann man wohl sagen, daß Geburtsasphyxie nicht immer unter allen Umständen für das weitere Schicksal des Kindes ein Verhängnis bildet. Was für die Asphyxie gilt, ist für alle übrigen erschwerenden Umstände des Geburtsvorganges m. E. die Regel. Der endliche Effekt ist eben beim Geburtstrauma nicht nur eng mit der unendlich mannigfaltig wechselnden Beschaffenheit der mütterlichen Organe verknüpft, er wird auch von der im weitesten Ausmaße schwankenden Stärke der in jedesmal anderer Kombination auftretenden schädigenden Einflüsse bestimmt, alles Momente, die wohl niemals messender Prüfung und lückenloser statistischer Erfassung zugänglich werden.

Kommen wir somit auf diesem Wege zu keinem eindeutigen Ergebnis, so bleibt uns noch zu prüfen, ob sich bei denjenigen Kindern eklamptischer Mütter, welche das erste Lebensjahr überlebten, nervöse oder psychische Störungen nachweisen lassen, welche allenfalls von einem Geburtstrauma hergeleitet werden können. Für diese Untersuchung stehen 47 Fälle zu Gebote. 4 von ihnen sind bereits gestorben. Derselben wurde schon Erwähnung getan. Hier sei nachgetragen, daß diese 4 Kinder bis zum Auftreten des den Tod herbeiführenden Leidens sich körperlich und geistig regelrecht entwickelten. Die heute noch am Leben befindlichen 43 Fälle weisen in ihrer großen Mehrzahl weder körperliche noch geistige Defekte auf. Hohe Grade psychischer Entwicklungshemmung (Idiotie) kommen überhaupt nicht vor. Dagegen bleibt bei 5 Fällen die geistige Leistungsfähigkeit mehr oder minder unter dem Durchschnitt.

1. Knabe; Zwilling, der andere Zwilling starb noch am Tage der Geburt; Wendung, Extraktion, ausgetragenes Kind, immer schwächlich, schon als Kind Lupus am Finger. Vom Lehrer als mittelmäßig begabt geschildert, besuchte die Volksschule (NB.! nicht Hilfsschule) in München, blieb nie sitzen, sank aber von Jahr zu Jahr in seinen Schulleistungen bis auf den „tiefstmöglichen" Stand im 8. Schuljahr. Jetzt Lackiererlehrling, wenig anstellig, nur für einfachere Arbeit zu gebrauchen. Wollte zuerst Schneider werden, der Meister befürchtete aber, „daß er die nötigen Kenntnisse nicht bekommt". — Geburtseklampsie.

2. Knabe; ausgetragen, mittels Sectio caesarea in bleicher Asphyxie entwickelt; körperlich und geistig zunächst ungestört. Am Ende des 2. Lebensjahres Kinderlähmung. Geistig etwas zurück, etwas schwer erziehbar, trotzig-eigensinnig. — Geburtseklampsie.

3. Knabe; ausgetragen, vaginaler Kaiserschnitt mit nachfolgender Extraktion, Asphyxie 1. Grades. Körperliche Entwicklung angeblich ungestört. In der Schule zweimal sitzen geblieben (Normalschule), Notendurchschnitt 4—5, spricht unverständlich, artikuliert sehr schwerfällig, verzerrt beim Sprechen das Gesicht. — Geburtseklampsie.

Das einzige Geschwister des Probanden, ein jüngerer Bruder, zeigt von Geburt an die gleichen Erscheinungen in verstärktem Maße, hat dazu eine Gangstörung; Diagnose: zerebraler Herd; Geburt war leicht und rasch.

4. Mädchen; Früh- und Zangengeburt, Asphyxie 1. Grades; früher sehr aufgeweckt, im Alter von 6 Jahren Masern, im Anschluß Hirnhautentzündung, 3 Tage bewußtlos. Seitdem geistig viel schwerfälliger, schwachbegabt, schlechte Noten, bisher zweimal sitzen geblieben in der Normalschule. Gutmütiges, scheues, empfindliches Wesen. — Geburtseklampsie.

5. Mädchen; Spontangeburt; 7. Kind, unehelich geboren, Vater unbekannt. Körperlich: Neigung zu Ekzemen. Psychisch sehr schwach begabt, träge, besucht die Normalschule. — Wochenbetteklampsie.

Wir sehen, erhebliche Grade ausgesprochenen Schwachsinns kommen unter den 43 Überlebenden nicht vor. Die 5 Fälle, bei denen eine mäßige psychische Entwicklungshemmung konstatiert wird, bedürfen einer etwas eingehenderen Betrachtung. Fall 1 weist von Schuljahr zu Schuljahr zunehmenden Rückgang der rein verstandesmäßigen Leistungsfähigkeit auf. Trotzdem hält er sich 8 Klassen hindurch in der Normalschule. Vielleicht spricht man in diesem Falle besser nicht von einem Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit. Es wird sich vielmehr so verhalten, daß das geringe geistige Fassungsvermögen des Schülers den von Klasse zu Klasse steigenden Anforderungen immer weniger zu entsprechen vermag. Bei der Wertung der geistigen Fähigkeiten des Falles 1 wird man u. E. die Diagnose Schwachsinn vermeiden müssen und nur von Debilität sprechen. Der Vater von Fall 1 erweckt den Eindruck von Dummschlauheit, der Großvater väterlicherseits des Probanden ist ein vielfach vorbestrafter Rohling. In der ganzen Familie sind keine Fälle von ausgesprochen psychischer Entwicklungshemmung oder Geistesstörung nachzuweisen.

Fall 2 zeigt ein geringfügiges Zurückbleiben der psychischen Entwicklung hinter dem Durchschnitt. Als Schwachsinn darf man diese Erscheinung um so weniger bezeichnen, als damit zu rechnen ist, daß diese Entwicklungshemmung hier nur eine vorübergehende

Erscheinung darstellt, und das Entwicklungsmanko später durch eine Nachreife ausgeglichen wird. Die motorische Störung ist hier Folgeerscheinung einer am Ende des zweiten Lebensjahres aufgetretenen Poliomyelitis anterior acuta. Wieweit letztere etwa auch für den leichten psychischen Defekt verantwortlich zu machen ist — man kennt ja auch eine meningitische Form derselben —, läßt sich retrospektiv nicht mehr abschätzen. Möglich wäre immerhin ein derartiger Entstehungsmodus, vor allen Dingen dann, wenn man noch annimmt, daß das Geburtstrauma (bleiche Asphyxie usw.) die Rolle eines prädisponierenden Moments insofern spielte, als es im Gehirn des Kindes einen locus minoris resistentiae schuf. Die Großmutter mütterlicherseits des Probanden starb nach über 10 jährigem Kranksein an arteriosklerotischer Geistesstörung. Bei solcher Lage der Verhältnisse bildet die Frage nach einem etwa bestehenden ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Zurückbleiben der seelischen Entwicklung und der bleichen Geburtsasphyxie ein kaum lösbares Problem.

Die auffällige Veränderung der geistigen Leistungsfähigkeit und Entwicklung, welche in Fall 4 nach der im Anschluß an eine Masernerkrankung überstandenen Meningoenzephalitis in Erscheinung trat, stellt sich als reine Folgewirkung des Entzündungsprozesses dar. Fall 5 bietet für eine Erklärung größere Schwierigkeiten. Das jetzt 12 jährige Mädchen kommt in der Schule mit, erzielt aber schlechte Noten. Mutter und Großmutter mütterlicherseits waren abgefeimte, von mancher Seite als hysterisch bezeichnete Frauenzimmer. Sie führten einen äußerst sittenlosen Lebenswandel. Die älteste Schwester der Probandin ist eine intelligente, aber moralisch verkommene Schwindlerin. Sechs ältere Geschwister werden in Waisenhäusern erzogen. Der Vater der Probandin war nicht zu eruieren. Wenn man im Fall 5 nach einer Ursache für das Zurückbleiben der geistigen Entwicklung sucht, wird man gegen die Annahme genetischer Beziehungen zur Eklampsie der Mutter bzw. zu einem reinen Geburtstrauma recht skeptisch sich verhalten, zumal es sich hier um eine Wochenbettseklampsie handelte, und bei dem unsittlich-ausschweifenden Lebenswandel der Kindsmutter ernstlich an andere exogene Faktoren (Lues) denken müssen. Leider gestatteten die Verhältnisse nicht, nach dieser Richtung eingehendere Untersuchungen anzustellen. Eindeutig erscheint allein Fall 3. Hier fehlen Erkrankungen in der Kindheit, welche als Ursachen herangezogen werden könnten. Der psychische Defektzustand ist ein angeborener; ihn begleiten nervöse Störungen, die mit Bestimmtheit auf eine organische Schädi-

gung des Zentralnervensystems zurückzuführen sind. Ein jüngerer Bruder des Probanden bietet die gleichen Erscheinungen in viel stärkerem Grade von Geburt an dar. Erbliche Belastung fehlt. Für kongenitale Lues bestehen keine Anhaltspunkte. Wa.-R. im Blute negativ. Bleibt als einzig berechtigte Annahme, diejenige einer Geburtsschädigung des Zentralnervensystems. Die Duplizität des Falles bei den zwei Kindern derselben Mutter, einmal bei schwerer Geburt kompliziert durch Eklampsie, das andermal bei leichter Spontangeburt, läßt vermuten, daß die Ursache der Geburtsschädigung bei Fall 3 nicht so sehr in der Eklampsie an sich als vielmehr in einer spezifischen Beschaffenheit der mütterlichen Gebärorgane und einer daraus sich ergebenden Anomalie des Geburtsmechanismus zu suchen ist.

Von den 47 Fällen, welche das erste Lebensjahr überschritten haben, und die bis auf 4 heute noch leben, sind spontan geboren 22, davon 3 in Asphyxie I. Grades, mit der Zange geholt 14, davon 5 in Asphyxie I. Grades, 1 in Asphyxie II. Grades, mittels Wendung und Extraktion 9, davon 3 in Asphyxie I. Grades, 2 in Asphyxie II. Grades, mittels Sectio caesarea 1, davon 1 in Asphyxie I. Grades, mittels Hysterostomatomie 1, davon 1 in Asphyxie II. Grades.

Bei je einer Zangen- und Spontangeburt lagen Nabelschnurumschlingungen des Halses vor. Die 47 Fälle setzten sich zusammen aus: 37 Erstgeburten, 5 Zweitgeburten, 1 Drittgeburt, 1 Viertgeburt, 1 Fünftgeburt, 1 Sechstgeburt, 1 Siebtgeburt.

Nach *Strober* waren von 336 eklamptischen Schwangeren rund 71% Primiparae und 29% Multiparae, bei unseren Fällen bestand ein Verhältnis von 79% Erstgebärenden zu 21% Mehrgebärenden. In Anbetracht der kleinen Zahlen ist dieser Unterschied gegenüber den *Strober*schen Zahlen bedeutungslos.

23 mal handelte es sich um Geburtseklampsien, 9 mal um Schwangerschafts- und 15 mal um Wochenbettseklampsien.

Erblich belastet waren 19 Fälle von den 47, darunter 8 mit ausgesprochener Geisteskrankheit (2 mal manisch-depressives Irresein, 3 mal angeborener Schwachsinn, 1 mal Dementia praecox, 1 arteriosklerotische Geistesstörung, 1 mal unklare Psychose, welche vorübergehende Anstaltsbehandlung erforderte), 11 mit Selbstmord oder verbrecherischen Trieben, sittlicher Verwahrlosung bzw. Trunksucht. In 28 Fällen lag eine erbliche Belastung nicht vor. Somit verhielten sich die Belasteten zu den Unbelasteten: 100 : 148, d. h. 40 Prozent wiesen erbliche Belastung auf. Was die fünf mit leichten geistigen

Schwächezuständen behafteten Kinder anbetrifft, ist es wohl zweckmäßig, sie in bezug auf die Heredität auch noch gesondert zu betrachten. Über Fall 1 und Fall 2 wurde das Nötige schon gesagt. Fall 3 hat in der Aszendenz keinen Fall von psychischer Erkrankung, es besteht hier nur eine analoge Erkrankung des einzigen Bruders; Fall 4 ist erblich nicht belastet, die hereditären Verhältnisse des Falles 5 sind schon besprochen. Erwähnt muß ferner werden, daß diese fünf Kinder sämtlich ein Geburtsgewicht von über 2500 g besaßen.

Ein Rückblick auf das bisherige Ergebnis dieser Untersuchungen zeigt, daß von den 47 überlebenden Kindern der 171 eklamptischen Mütter 5 nachweisbare Mängel der geistigen Entwicklung darbieten. Bei einem derselben (Fall 4) steht die psychische Entwicklungshemmung sicherlich in keinerlei ursächlichem Zusammenhang mit einer Geburtsschädigung irgendwelcher Art. In einem Fall erscheint die Ätiologie sehr zweifelhaft (Fall 5). Zwei Kinder (Fall 1 und 2) sind möglicherweise infolge geburtstraumatischer Hirnschädigungen geistig etwas zurückgeblieben. Nur bei einem Kinde (Fall 3) darf man mit hinreichender Wahrscheinlichkeit den Grund für die mangelhafte psychische Entwicklung in einer Geburtsschädigung erblicken.

Weder das Verhältnis 1 auf 47, noch ein solches von 3 oder 4 auf 47 besagt irgendwie Stichhaltiges über die Bedeutung der Eklampsie für die Erzeugung angeborener Schwachsinnszustände. Um aus diesem Zahlenverhältnis etwas herauslesen zu können, müßten wir vergleichbare Zahlen aus der Gesamtbevölkerung kennen. Die vorliegenden Schwachsinnigenstatistiken sind nicht verwertbar. Sie berücksichtigen zumeist nur die höheren Grade psychischer Entwicklungshemmung, erfassen oft nur bestimmte Altersklassen oder ein Material, in dem Oligophrene mit anderweitig psychisch Gestörten zusammengeworfen sind.

Bessere Vergleichsmöglichkeiten besitzen wir hinsichtlich der Letalität. Hier ist der Punkt, an welchem die Gefährdung der Leibesfrucht Eklamptischer am eindrucksvollsten in Erscheinung tritt. Eine dermaßen hohe Letalitätsziffer beweist besser als alles andere die Häufigkeit von Geburtsschädigungen. Nach zahlreichen mit größter Akribie erhobenen Befunden trifft das Geburtstrauma in den allermeisten Fällen das Gehirn und seine Hüllen. Welcher Anteil an der Letalität des Kindes Eklamptischer reiner Toxinwirkung zuzuschreiben ist, läßt sich mit einiger Sicherheit auch nicht annähernd sagen. Von der Häufigkeit, mit welcher nach unserer Auffassung geburtstraumatische Einwirkungen auf das Zentralnervensystem der

Leibesfrucht die Ursache der Totgeburt oder des Todes in frühestem Säuglingsalter werden, sticht die relativ große Seltenheit einer nach außen hin manifesten Dauerschädigung des Gehirnes bei den am Leben bleibenden Kindern grell ab. Wir können es daher verstehen, wenn Autoren wie *Hannes* auf Grund sorgfältiger Erhebungen „Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen" rundweg verneinen, oder doch wenigstens ausgeschlossen wissen wollen, daß jene Geburtsanomalien in einem höheren Maße für anormale geistige Entwicklung bzw. Idiotie disponierten als regelrechte und spontane Geburt. *Hannes* fand unter 157 asphyktisch geborenen Kindern 5,7%, unter 242 mit Kunsthilfe aber lebendfrisch geborenen Kindern 1,2%, unter 206 regelrecht, spontan und lebendfrisch geborenen 3,4% anormal entwickelt. Diese Statistik in Ehren! Die Tatsachen lassen sich aber auch in anderer Beleuchtung sehen, man muß nur die hohe Letalitätsziffer ins richtige Licht rücken.

Ordnet man unsere Fälle von totgeborenen oder bald nach der Geburt verstorbenen Kindern Eklamptischer nach der Art des Geburtsverlaufes, so erhält man nachstehende Tabelle:

	tot geborene bzw. lebend geborene, aber bald gestorbene Kinder
spontan	43
Zange	34
Wendung und Extraktion bzw. Extr. allein	29
Kolpeuryse	1
Sectio caesarea	7
Perforation	10
Summe	124

Aus dieser Tabelle liest man die auf das doppelte erhöhte Lebensgefährdung für die in abnormem Geburtsakt zur Welt gekommenen Kinder (43 Spontangeburten auf 81 abnorme Geburten) ohne weiteres heraus. Dem Einwand, die totgeborenen und in frühestem Säuglingsalter verstorbenen Kinder müßten schon um dessentwillen zum größeren Teil aus abnormen Geburten stammen, weil die Eklampsie der Mutter in der Mehrzahl der Fälle zu geburtshilflichen Eingriffen zwingt, vermögen wir durch einen Vergleich mit den Verhältnissen bei denjenigen Geburten, deren Produkt heute noch lebt, zu entkräften. Wie sich aus unseren früheren Ausführungen ergibt, halten sich hier Spontangeburten und Geburten unter Anwendung von Kunsthilfe annähernd die Wage (22 Spontangeburten auf 25 abnorme Geburten).

Sinngemäß müßten die Schwergeburt und die Geburt mit Kunsthilfe auch weit häufiger zu Störungen der psychischen Entwicklung Anlaß geben als die Spontangeburt. Unsere Erhebungen an den Überlebenden scheinen das nicht zu bestätigen. Das hat seinen Grund in verschiedenen Umständen, die unbedingt berücksichtigt sein wollen. Ohne Zweifel stellt das Geburtstrauma — nach unserer Auffassung zumeist ein Gehirntrauma — ein folgenschweres Ereignis dar. Nachdem wir doch kaum annehmen dürfen, alle Kinder Eklamptischer erlitten Geburtstraumen, ergibt sich aus den angestellten Erhebungen zwanglos die Tatsache, daß die Geburtsschädigung bei Kindern Eklamptischer in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle den Tod des Kindes entweder noch intrauterin oder während des Geburtsaktes bzw. in frühestem Säuglingsalter herbeiführt. Nur ein ganz geringfügiger Prozentsatz der überlebenden Kinder ist ebenfalls, und dann mit verhältnismäßig leichteren Geburtsschädigungen behaftet. In der Hauptsache jedoch blieben die Überlebenden von Geburtsschädigungen verschont. Nach unseren Erhebungen könnte man sogar behaupten, für Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g endigte eine Geburtsschädigung stets tödlich, denn diese sind sämtlich gestorben. Unter denjenigen, welche hinterher Zeichen psychischer Entwicklungshemmung darboten, befindet sich keine Frühgeburt. Noch eine andere Erfahrung mag das relativ seltene Vorkommen psychischer Defekte bei den Überlebenden unseres Materiales erklären. Selbst bei Erwachsenen begegnen wir ab und zu erheblichen Destruktionsprozessen im Gehirn ohne greifbare psychische Ausfallserscheinungen. Wir kennen Schädelverletzte, bei denen man nach dem äußeren Aspekt schwere Hirnschädigungen annehmen muß, es fehlen aber psychische Symptome. *Fischl* fand bei einem Kinde, das in der Klinik keine Spur von zerebralen Erscheinungen bot, im Gehirn zahlreiche bis walnußgroße Erweichungsherde. Auch der bereits zitierte Fall *Schminckes* ist hier anzuziehen. *Spatz* hat gezeigt, daß bei Neugeborenen Abbauvorgänge am Zentralnervensystem ungewöhnlich rasch und außerordentlich gründlich verlaufen. Traumatische Hirnherde heilen bei Neugeborenen aus, ohne dauernde erheblichere reaktive Veränderungen an Glia und Mesoderm zurückzulassen. Vielleicht liegt darin der Grund dafür, daß vereinzelt geburtstraumatische Hirnherde, wenn sie nicht ausgesprochene Hirnzentren betreffen, nach außen hin nicht merklich in Erscheinung treten. Hoffentlich gelingt es einer verfeinerten Diagnostik später auch hier sichere Anzeichen des Hirndefektes zu finden. Heute dürfen wir nicht wagen,

so allgemeine, klinisch schwer faßbare und in ihrer Genese noch durchaus unklare Befunde und Angaben wie: „hochgradig nervös, überempfindlich, sehr ängstlich, furchtsam, minderwertiger Charakter, manchmal wie geistig abwesend", welchen wir bei unseren Probanden des öfteren begegnen, mit bestimmten organischen Hirnveränderungen in Beziehung zu setzen.

Während *H. Vogt* der Auffassung ist, schwere und anormale Geburt könne nur bei minderwertigem Gehirn, namentlich bei Lues congenita Blutungen hervorrufen, behaupten andere Autoren, Geburtsschädigungen kämen vorwiegend dann zustande, wenn das kindliche Gehirn auf Grund ererbter Anlage vermindert widerstandsfähig sei (*Schott*). Ein Schritt weiter führt zu der besonders von *Ewald* für Hirntraumen bei Erwachsenen vertretenen Ansicht, daß die Art der auftretenden Psychose hauptsächlich von einer besonderen Prädisposition (Veranlagung des Gehirns mit einem bestimmten Symptomenkomplex zu reagieren) abhängig sei. Welche Rolle die Lues bei unseren Fällen spielt, ist nicht zu entscheiden. Hierfür verwertbare anamnestische Angaben oder Befunde an Mutter und Kind liegen nicht vor. Auf anderweitige charakteristische Stigmen wie habituellen Abort, Serienabort usw. oder die für kongenitale Lues pathognomonischen Erscheinungen bei Kindern sind wir bei unseren Nachforschungen in keinem Falle gestoßen.

Das Ergebnis dieser Erhebungen über die Kinder eklamptischer Mütter spricht weder für noch gegen das Bestehen ähnlicher Zusammenhänge bei den im Anschluß an Geburtstraumen auftretenden psychischen Entwicklungshemmungen, wie solche *Ewald* für posttraumatische Psychosen überhaupt annimmt. Allerdings ist unser Material genealogisch noch nicht vollständig erfaßt. Die hereditären Verhältnisse sehen wir zunächst nur bei den am Leben gebliebenen Kindern einigermaßen klar. Deshalb müssen wir uns auch versagen, eine Auszählung nach der *Koller-Diem*schen oder nach der Probandenmethode vorzunehmen.

Hiermit bin ich am Ende dieser vorläufigen Mitteilungen zum Vortragsthema. Ich hoffe gezeigt zu haben, daß die Eklampsie der Mutter für Leben und zukünftige geistige Entwicklung des Kindes von ausschlaggebender Bedeutung werden kann, daß vor allem das Leben des Kindes durch sie bedroht ist, während der unheilvolle Einfluß, welchen die Eklampsie mit allen ihren Folgen auf die geistige Entwicklung des Kindes zu nehmen vermag, durch die Ausmerze

des von den jeweiligen Schädigungen herbeigeführten alsbaldigen Todes auf ein Minimum eingedämmt wird. Wie gesagt, ist dies jedoch nur ein vorläufiges Ergebnis, das noch sehr der Nachprüfung an umfangreicherem Materiale mit tiefer schürfenden Methoden bedarf. Sowie meine Zeit es mir erlaubt, gedenke ich eine gründliche Abhandlung über das Thema zugleich mit einer Literaturübersicht vorzulegen.

Die Krankenpflegeschulen an den bayrischen Heil- und Pflegeanstalten[1]).

Von

Dr. **C. v. Hösslin,** Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach.

In der Diskussion zu dem Kaufbeurer Referat von *Vocke* „über die Ausbildung und Prüfung des Pflegepersonals in den Irrenanstalten" vom 1. VIII. 20 gingen die sämtlichen Redner mit dem Referenten dahin einig, daß unter allen Umständen für die Zukunft eine möglichst eingehende und umfassende Ausbildung des Pflegepersonals in den Anstalten stattfinden müsse und daß am Schlusse eines jeden Unterrichtskurses, der sich über ein volles Jahr zu erstrecken habe, von den Schülern eine Prüfung abzulegen sei. Der Unterrichtskurs bezw. die Prüfung sollten für einen bestimmten Jahrgang der Pfleger und Pflegerinnen obligatorisch sein und von dem Bestehen der Prüfung solle es abhängig gemacht werden, ob die betreffende Pflegeperson definitiv an der Anstalt angestellt werden könnte oder nicht.

Ergab sich nach dieser Richtung hin eine Übereinstimmung der Meinungen, so erhoben sich nach einer anderen Richtung hin von manchen Seiten doch gewisse Bedenken, denen sich übrigens der Herr Referent selbst nicht ganz verschlossen hatte, dahin nämlich, ob es zweckmäßig und gerechtfertigt sei, Unterricht und Prüfung in vollem Umfange den Vorschriften der staatlichen Krankenpflegeschulen anzugleichen, dem Anstaltspflegepersonal nach bestandener Prüfung das Diplom eines staatlich geprüften Krankenpflegers auszuhändigen und ihm damit die Berechtigung zu geben, nach einem etwaigen Austritt aus dem Anstaltsdienste, die Krankenpflege selbständig in freiem Berufe auszuüben. Es wurden insbesondere die Fragen aufgeworfen, ob sich denn im Rahmen einer Irrenanstalt der Unterricht

[1]) Referat, erstattet bei der Jahresversammlung des Vereins bayr. Psychiater zu Nürnberg am 26. Juli 1924.

in gleicher Weise werde durchführen lassen, wie in einem Krankenhause, ob die praktische Krankenpflege an dem Krankenmaterial einer Heil- und Pflegeanstalt ebenso geübt werden könne, wie in den allgemeinen Krankenhäusern, oder ob es nicht am Ende doch in den Irrenanstalten an dem nötigen Anschauungsmaterial fehlt und ob nicht etwa vieles, von dem, was Unterricht und Prüfung für die Krankenpflegeschule vorschreibt, für unser Pflegepersonal nur einen unnützen Ballast bedeutet, ob es nicht im Hinblick auf die spezielle Pflegetätigkeit unserer Leute besser wäre, eine entsprechend modifizierte Schule und dementsprechende Prüfung zu verlangen. Da letzteres nach den Ausführungen des Herrn Referenten zwar wünschenswert, zurzeit aber unausführbar sei und man faktisch nur die Wahl zwischen einer wilden Prüfung und derjenigen nach den Vorschriften der staatlichen Krankenpflegeschule habe, so wurden von der Versammlung die gegen letztere vorgebrachten Bedenken fallen gelassen und einstimmig der Beschluß gefaßt: „Vom Berufspersonal der öffentlichen Irrenanstalten muß die Ablegung der jetzigen staatlichen Prüfung für Krankenpflegepersonal verlangt werden."

Inzwischen wurden nun sämtliche bayrischen Heil- und Pflegeanstalten als staatliche Krankenpflegeschulen anerkannt und an den meisten Anstalten, ausgenommen sind nur Regensburg und Klingenmünster, fanden im Jahre 1923/24 Unterrichtskurse und Prüfungen statt. Die Erfahrungen, welche ich selbst als Lehrer unserer Pflegeschule in Eglfing gemacht habe, und die Erfahrungen anderer Lehrer an anderen Anstalten, die den meinigen in vieler Beziehung sehr ähnlich waren, haben mich veranlaßt, das Thema „Krankenpflegeschulen in Irrenanstalten" nochmals aufzugreifen und einer erneuten Aussprache zuzuführen. Es erschien mir dies aus manchen Gründen nicht ganz müßig zu sein. Wir haben so Gelegenheit, in weiterem Kreise unsere Erfahrungen auszutauschen und von einander zu lernen, wir können einer vom anderen Anregungen bekommen und auf diese Weise Schwierigkeiten, mit denen wir zu kämpfen hatten und noch kämpfen, beheben, wir alle, die wir als Lehrer tätig waren und sind, können uns, ohne uns damit allzuweit von dem Boden der allgemein für die Krankenpflegeschule geltenden Vorschriften zu entfernen, auf ein mehr umrissenes, einheitliches, den speziellen Zwecken und Bedürfnissen der Anstalten angepaßtes Lehr- und Prüfungsprogramm einigen, vielleicht manchen unnötigen Ballast, der Lehrer und Schüler gleichmäßig belastet, ausmerzen, dafür anderes, das im Lehr- und Prüfungsprogramm für die allgemeinen Pflegeschulen ziemlich stief-

mütterlich bedacht ist, weiter ausbauen, mit einem Wort, die Grundlagen für eine Geisteskrankenpflegeschule schaffen und damit dem Ziele näher kommen, das, wie schon erwähnt, auch *Vocke* als das erstrebenswerte bezeichnet hat. Kommen wir schließlich so weit, dann werden manche von uns, die nach den aus dem Unterricht und der Prüfung gewonnenen Erfahrungen noch mehr als seinerzeit in Kaufbeuren Bedenken tragen, den Geprüften das Diplom als staatlich geprüfter Krankenpfleger auszuhändigen, ihre Gewissensskrupel loswerden, dann werden wir uns auch nicht mehr dem Vorwurf auszusetzen haben, ein in einer Heil- und Pflegeanstalt ausgebildeter Krankenpfleger führe das Publikum irre oder aber ein solcher mache einem an einer andersartigen Pflegeschule Ausgebildeten und Geprüften eine unlautere Konkurrenz.

Lassen Sie mich nun unsere Erfahrungen mit den Krankenpflegeschulen an den bayr. Heil- und Pflegeanstalten einer, wie ich mich bemühen will, möglichst objektiven Kritik unterziehen.

Die Kardinalfrage, um die es sich bei unseren heutigen Betrachtungen in erster Linie dreht, ist die: Ist der Unterricht, den wir unserem Pflegepersonal an den Irrenanstalten erteilen können, gleichwertig dem, der ihnen an einer anderen staatlichen Pflegeschule geboten wird, bezw. durch welche Maßnahmen und Mittel können wir diesen Unterricht zu einem gleichwertigen gestalten?

Wenn wir die Ministerialbekanntmachung vom 27. I. 20 ansehen, so wird uns auffallen, daß es sich bei den dort namentlich aufgeführten 20 staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen durchweg nur um große allgemeine Krankenhäuser handelt und daß mit dieser Auswahl zweifellos ausgedrückt werden sollte, daß eben nur solche große Anstalten, in denen alle Arten von Kranken untergebracht und gepflegt werden können, die Gewähr für eine umfassende Ausbildung der Krankenpflegeschüler geben. Das ist auch ohne Weiteres ersichtlich, wenn man den in der Ministerialbekanntmachung niedergelegten Plan für die Ausbildung in der Krankenpflege betrachtet, der mit dem Satze beginnt: „Die Ausbildung in der Krankenpflege soll eine vorwiegend praktische sein", und dann im einzelnen aufführt, was alles der Schüler praktisch zu üben hat. „Hierbei", so heißt es in der angezogenen Bekanntmachung weiter, „ist darauf zu achten, daß auch eine ausreichende theoretische Unterweisung stattfindet". Inzwischen sind dann die Vorschriften über die staatliche Prüfung für Krankenpflegepersonen durch die Ministerialbekanntmachung

vom 9. I. 24 noch erweitert und verschärft worden. Darin heißt es: „Zur praktischen Ausbildung soll der Schüler auf den verschiedenen Krankenabteilungen (innere Krankheiten, chirurgische Station, Operationssaal usw.) und in der Diätküche beschäftigt werden, unter Anleitung einer erfahrenen Pflegeperson, die von Zeit zu Zeit über den Fortschritt der praktischen Ausbildung dem ärztlichen Leiter Bericht erstattet. Dieser hat sich davon zu überzeugen, daß der Schüler alle wichtigen Hilfeleistungen, Handgriffe und dergl. zunächst unter Anleitung, dann selbständig ausführt. Es empfiehlt sich dringend, für stärker besuchte Lehrgänge eine eigene Krankenpflegeperson ausschließlich für den theoretischen und praktischen Unterricht zu bestimmen, die vor allem die vom Arzt vorgetragenen Gegenstände wiederholt, bespricht und einübt. Wenn möglich, sind auch hygienisch mustergültige Anlagen, Desinfektionsanstalten, anatomische Sammlungen, Schlachthäuser, Impfanstalten und dergl. zu besichtigen."

Für den theoretischen Unterricht wurde ein eigener Lehrplan aufgestellt, der in mindestens 160 Stunden behandelt werden sollte. Es wird dabei empfohlen, beim Unterricht möglichst viele Demonstrationen von Kranken zu bringen und hierbei alle in Frage kommenden Hilfeleistungen, Handgriffe, Verrichtungen und sonstigen praktischen Durchführungen der ärztlichen Verordnungen zu demonstrieren, ähnlich wie bei klinischen Demonstrationen.

Wir sehen aus diesen Vorschriften, für wie außerordentlich wichtig es das Ministerium hält, den Krankenpflegepersonen die denkbar eingehendste und sorgfältigste Ausbildung zu vermitteln, bevor es ihnen das Recht zuerkennt, einen so verantwortungsvollen Beruf wie es der der Krankenpflege darstellt, selbständig auszuüben. Wir dürfen, glaube ich, auch überzeugt sein, daß es unbedingt notwendig war und ist, dem großen Publikum, das außerhalb der Krankenanstalten die Hilfe eines Krankenpflegers in Anspruch nimmt, besonders wenn dieser nicht einer Krankenpflegegesellschaft angehört, sondern in freiem Berufe tätig ist, die Garantie zu geben, daß ein staatlich geprüfter Krankenpfleger auch wirklich alles gesehen und gelernt haben konnte, was er zum Wohle eines Kranken anwenden kann. Wie die Männer, welche die erwähnten Vorschriften ausgearbeitet haben und deren Durchführung zur Pflicht machen, so muß sich aber auch der Lehrer der Krankenpflegeschule, sofern er sein Amt völlig ernst nimmt, seiner Verantwortung bewußt sein und sich fragen, ob er seinen Schülern all das, was berechtigterweise von ihnen verlangt wird, in dem einjährigen Lehrkurse auch bieten kann.

Stellen wir nun zunächst ganz allgemein einen Vergleich an zwischen einem Krankenhaus und einer Irrenanstalt, so werden wir uns vermutlich alle darüber einig sein, daß in bezug auf die Ausbildungsmöglichkeit von Schülern zu firmen und erfahrenen Krankenpflegern, so wie es der Geist der staatlichen Vorschriften fordert, die Irrenanstalten erheblich hinter den allgemeinen Krankenhäusern zurückstehen. In jedem größeren allgemeinen Krankenhause — und nur solche kommen ja, wie wir gehört haben, als Krankenpflegeschulen in Frage — finden wir die verschiedenen Abteilungen, innere, chirurgische, dermatologische, Infektionsabteilung usw. von einander getrennt vor, in jedem modernen Krankenhause gibt es einen Operationssaal, in den meisten sogar zwei, einen aseptischen und einen septischen, überall finden wir besondere Badeabteilungen, wir haben ein Röntgenlaboratorium, besondere Desinfektionsanlagen, endlich eine für alle Bedürfnisse der Krankenernährung eingerichtete Küche. Auf allen diesen Abteilungen werden die Pflegeschüler im Turnus jeweils mehrere Monate beschäftigt. Sie sehen tagtäglich Dutzende von ärztlichen Untersuchungen, sehen alle Arten von Krankheiten und Kranken, die Schülerinnen kommen gleicherweise auf die Frauen- wie auf die Männerabteilung, sie sehen die Erkrankungen in den verschiedensten Stadien, können auf diese Weise alle Bedürfnisse der Krankenpflege in den verschiedenen Krankheitsabschnitten kennen lernen, sie können sich durch tägliche Übung mit den Untersuchungsinstrumenten und allen modernen Apparaten, die der Internist benötigt, vertraut machen, sie lernen die Ab- unh Ausscheidungen der Kranken kennen und deren Bedeutung beurteilen, können immer und immer wieder bei der Fülle des Materials vergleichen und ihren Blick schärfen. Auch die Hilfeleistung bei chemischen und physikalischen Untersuchungen wird ihnen schon nach kurzer Zeit infolge der alltäglichen Übung geläufig werden können.

Die mehrmonatliche Lehrzeit eines Schülers auf der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses macht ihn auf das engste bekannt mit den Regeln der Asepsis und Antisepsis. Alle Arten von Verbänden von den einfachsten bis zu den kompliziertesten sieht er sich vorgemacht und kann sie üben. Ungezähltemale ist er genötigt, die vorschriftsmäßige chirurgische Händedesinfektion an sich selbst vorzunehmen, durch die Hilfeleistung bei der kleinen Chirurgie auf der Abteilung lernt er, ich möchte sagen, fast spielend, die nötigen Instrumente kennen, lernt ihre Anwendungsweise und Behandlung. Er hat reichlich Gelegenheit, erste Hilfeleistung, Wundversorgung, insbesondere die

Behandlung frischer Gelenk- und Knochenverletzungen, die verschiedenen Transportarten Verletzter zu beobachten und zu studieren und sich selbst praktisch darin zu üben. Sein Dienst im Operationssaal ermöglicht es ihm, bei allen Vorbereitungen zu Operationen anwesend zu sein und mit Hand anlegen zu können. Er kann sich immer wieder praktisch an der Sterilisation von Verbandstoffen und Instrumenten beteiligen, sieht eine Menge von Narkosen und Operationen und vermag stets aufs neue seinem Gedächtnis einzuprägen, worin hiebei die Hilfeleistungen einer Krankenpflegeperson bestehen. Nur durch ein solches fortwährendes Sehen und Üben wird er späterhin in der Lage sein, im Notfall selbständig alles zu einer Narkose und Operation Nötige herzurichten und einen Operationssaal zu improvisieren.

Von nicht minder wichtiger Bedeutung ist die Leichtigkeit, mit der an einem allgemeinen Krankenhause den Pflegeschülern die Pflege ansteckend Kranker praktisch gelehrt werden kann. Das Krankenmaterial selbst und die Einrichtungen auf den Infektionsabteilungen lassen den theoretischen Unterricht auf diesem für die Krankenpflege so ungemein bedeutungsvollen Gebiete außerordentlich lebendig werden. Gerade im Hinblick auf die überaus große Verantwortung, welche bei der Pflege der infektiös Kranken auf der Pflegeperson ruht, wird man es als Lehrer sehr unangenehm empfinden, wenn man unter Umständen nicht über genügendes Anschauungsmaterial verfügt und wenn sich der einzelne Schüler nicht persönlich genügend in der Pflege solcher Kranker praktisch zu üben vermag.

Auf den Umstand, daß in einem Krankenhause die Pflegeschülerinnen auf beiden Geschlechtsabteilungen verwendet und unterrichtet werden können, habe ich schon hingewiesen und kann hinzufügen, daß es, soferne nicht sogar eigene Kinderabteilungen vorhanden sind, doch möglich ist, in einem Krankenhause die Schüler auch mit der Pflege von kranken Kindern vertraut zu machen, die nach vielen Richtungen hin ihre Besonderheiten bietet und von einer wirklich ausgebildeten Pflegeperson ebenfalls beherrscht werden soll.

Endlich verlangt die neue Unterrichts- und Prüfungsvorschrift für Krankenpflegepersonen, daß dieselben theoretisch und praktisch in der Diätküche ausgebildet werden sollen. Gerade für die private Krankenpflege ist die Beherrschung der Diätküche eine überaus wichtige, geradezu unbedingte Forderung. Von einer guten Krankenpflegeperson verlangt das Publikum mit vollem Rechte, daß sie auch eine gute Krankenküche herzustellen vermag, denn mit einer zuträglichen und schmackhaften Krankenkost ist häufig schon die halbe

Krankenpflege getan. In den Krankenhäusern ist reichlich Gelegenheit gegeben, unter sachverständiger Leitung ausgebildeter Krankenpflegepersonen oder Küchenvorstände alle Arten der Diätküche kennen zu lernen und zu üben.

Mit den bisher besprochenen Punkten ist nun zwar die Reihe der Ausbildungs- und Lehrmöglichkeiten, die das allgemeine Krankenhaus als Pflegeschule bietet, noch keineswegs erschöpft, ich will aber, um nicht zu ausführlich zu werden und bei dieser Gelegenheit nicht zu sehr auf Einzelheiten einzugehen, nur die Hauptgesichtspunkte hervorheben, aus denen es, wenigstens meiner Überzeugung nach unzweifelhaft hervorgeht, daß zwischen Krankenhaus und Irrenanstalt ein fundamentaler Unterschied quoad Krankenpflegeschule besteht.

Sehen wir zunächst einmal ganz davon ab, daß wir in unseren Heil- und Pflegeanstalten nicht in der Lage sind, unsere Kranken nach den gleichen Kategorien zu scheiden, wie in einem Krankenhause und dementsprechend die Pflegeschüler abwechselnd auf einer inneren, chirurgischen usw. Station unterzubringen, so kann, insbesondere, was das Krankenmaterial selbst anlangt, die Irrenanstalt nur in sehr beschränktem Maße mit einem Krankenhause konkurrieren. Sowohl was die Zahl, als auch die Art der inneren Erkrankungen anlangt, bleibt unsere Anstalt weit hinter der inneren Abteilung eines Krankenhauses zurück. Gewiß kommen namentlich in einer größeren Anstalt zahlreiche innerliche Erkrankungen vor, aber erstens sehr unregelmäßig, der somatische Gesundheitszustand kann viele Monate hindurch in der ganzen Anstalt ein ausgezeichneter sein, zweitens treten schwerere körperliche Erkrankungen in der Regel nur ganz vereinzelt auf, drittens liegen die körperlich Kranken vielfach auf ganz verschiedenen Abteilungen, viertens, und diese Feststellung halte ich für recht wichtig, ist die Pflege, die wir körperlich kranken Geisteskranken angedeihen lassen, in vielen Fällen durchaus nicht identisch derjenigen, die bei geistig Gesunden in Anwendung zu kommen hat. Ich erinnere in diesem Zusammenhange z. B. nur an die Anwendung vieler in der allgemeinen Krankenpflege ganz unentbehrlicher Apparate und Hilfsmittel, die sich auf einer Geisteskrankenpflegeabteilhng von selbst verbieten, deren Anwendung geradezu kontraindiziert ist, weil dort neben dem körperlichen Kranken, der vielleicht selbst unruhig ist, zahlreiche andere unruhige, zerstörungssüchtige oder gewalttätige Geisteskranke untergebracht sind, die mit solchen Apparaten Unfug treiben und schweren Schaden stiften können. Ja man kann sogar ganz allgemein sagen, daß sich in den allermeisten Fällen alle die

modernen Apparate, deren sich die Therapie und damit die Krankenpflege bedient, in den Irrenanstalten nicht anwenden lassen, daß sie aus diesem Grunde in den Anstalten auch gar nicht vorhanden sind. Gar manches wurde da und dort jetzt wohl zum Zwecke der Unterrichtserteilung angeschafft, aber ich kann den Wert selbst mehrmaliger Demonstration auch dann, wenn mir der Schüler die Anwendungsweise korrekt zu erklären vermag, dem nicht gleich erachten, daß der Schüler durch häufige persönliche Übung im Ernstfalle mit den Apparaten wirklich vertraut wird. Auf die gleichen Schwierigkeiten stößt man in den Anstalten bei dem für die Krankenpflege so bedeutsamen Kapitel der Beobachtung von Ab- und Ausscheidungen der Kranken. Mein früherer Chef und hochverehrter Lehrer, der verstorbene Obermedizinalrat Dr. *Gottlieb Merkel*, dessen Bedeutung als Arzt ich hier in der Stadt seines Wirkens nicht eigens hervorzuheben brauche, hat bei jeder Gelegenheit betont, von welch eminenter Bedeutung für das Wohl und Wehe eines Kranken es sei, alle Ab- und Ausscheidungen desselben genau zu untersuchen und zu beobachten, insbesondere keine Veränderung derselben unbeachtet zu lassen. Da der Arzt aber nicht immer selbst da sein kann, so habe sein Gehilfe, der Krankenpfleger, die strenge Pflicht, sein besonderes Augenmerk diesen Dingen zuzuwenden und man müsse daher den Krankenpfleger dazu erziehen, durch fortwährende Übung seinen Blick zu schärfen, um nichts zu übersehen. So forderte er denn von seinen Assistenten, daß sie nicht nur selbst sich täglich übten im Vergleichen von Urinen, Stühlen, Sputas, Erbrochenem usw., sondern daß sie auch die auf ihrer Station tätigen Krankenschwestern dazu anhielten und sie verpflichteten, alles was ihnen auffiel, sofort zu melden. Wenn nun auch vielleicht nicht in allen Krankenhäusern die Pflegepersonen so eingehend gedrillt wurden, wie dies im Nürnberger Krankenhaus unter *Merkel* der Fall war, so wird diesem Punkte doch auf jeder inneren Station eines Krankenhauses ein besonderes Augenmerk zugewendet und es ist dort gang und gäbe, daß jeder Kranke, wie es auch die Lehre vorschreibt, seinen Spuckbecher und sein Uringlas hat und daß auch für andere Aus- und Abscheidungen stets Gefäße bereit stehen. So ist es ein Leichtes, täglich den Pflegeschülern zu demonstrieren, was sie zu beachten und wie sie von ihrem Standpunkt aus das Beobachtete zu verwerten haben. In einer Irrenanstalt ist dies alles in einem ausgedehnteren Umfang schlechterdings unmöglich und ist der Lehrer nur auf Vereinzelte Demonstrationen angewiesen.

Auf gar manches könnte aus dem großen Gebiete der Pflege bei

inneren Erkrankungen noch hingewiesen werden, was in einem Krankenhause zu den Selbstverständlichkeiten gehört, in einer Anstalt aber nur selten und nur bedingt sich durchführen läßt; das würde uns aber wohl zu weit führen, weshalb ich nur diese wenigen besonders sinnfälligen Beispiele gebracht habe. Nicht unerwähnt soll aber schließlich noch bleiben, daß bei den bisher bestehenden Verhältnissen für eine Pflegeschülerin in den Anstalten keine Gelegenheit gegeben ist, sich in der Pflege von Männern oder Kindern praktisch zu üben. Ich für meine Person wenigstens betrachte das als einen schwer wiegenden Mangel.

Wenden wir uns nunmehr dem Kapitel der Ausbildung unserer Pflegeschüler in der chirurgischen Krankenpflege zu, so ergeben sich für die Irrenanstalten ganz ähnliche Verhältnisse, wie bei der Ausbildung auf einer inneren Station. Die sogenannte große Chirurgie wird wohl in den allerwenigsten Anstalten betrieben, verfügen doch viele Anstalten, wie ich aus meiner Umfrage ersehen konnte, nicht einmal über die hiezu erforderlichen Räumlichkeiten und Einrichtungen. Auch in den Anstalten, in denen ein neuzeitlich eingerichteter Operationssaal mit dem nötigen Zubehör vorhanden ist, wird derselbe nur ganz ausnahmsweise, das heißt verhältnismäßig sehr selten benützt. Wir in Eglfing sind noch relativ günstig daran, wir sind infolge unserer Lage in der Nähe Münchens und infolge günstiger Beziehungen instand gesetzt, auch zu größeren Operationen einen Chirurgen kommen zu lassen. Auf diese Weise wurden bei uns im Laufe der letzten Jahre eine Anzahl Herniotomien, Appendektomien u. ä. gemacht. Seit Bestehen der Pflegeschule haben wir jeweils eine Anzahl der Schüler und Schülerinnen zu diesen Operationen zugezogen. Allein von einer regelmäßigen Tätigkeit im Operationssaal kann keine Rede sein und wenn es der Zufall will, kann auch ein ganzes Jahr vergehen, ohne daß eine Narkose oder eine Operation gemacht wird. So ist tatsächlich die praktische Ausbildung im Operationssaal hinsichtlich Vorbereitung zur Operation, Narkose, Hilfeleistungen bei Operationen usw. äußerst minimal, in vielen Anstalten wohl gleich Null. Lediglich die Sterilisation von Instrumenten und Verbandstoffen kann dort, wo entsprechende Einrichtungen vorhanden sind, und das ist wohl auch nicht in allen Anstalten der Fall, häufig und daher in ersprießlicher Weise demonstriert und von den Schülern geübt werden.

Es bleibt somit nur die kleine Chirurgie übrig, die sich in den Anstalten in der Hauptsache auf die Inzision von Panaritien, Furunkeln und Abszessen u. ä., also auf nichtaseptische Operationen beschränkt.

Kleinere aseptische Operationen kommen wohl gelegentlich bei Entfernung von Fremdkörpern (eingestoßene Nadeln usw.) oder bei Blutstillungen, dem Nähen frischer Wunden oder dergl. in Frage, sind aber im allgemeinen auch recht selten. Ich habe in den 18 Jahren, die ich jetzt in Eglfing tätig bin, keine 10 solcher Operationen gemacht. In diesem Zusammenhang ist dann weiter zu erwähnen, daß solche Fälle in der Regel gleich auf der Abteilung behandelt werden, auf der sie sich gerade befinden und daß sich ein Zusammenlegen aller chirurgisch Kranker auf eine Abteilung aus den gleichen Gründen wie den früher bei den innerlich Kranken erwähnten, verbietet. So lassen sich denn auch hier die Fälle, an denen unsere Schüler lernen können, zählen und das wichtige Moment der Übung durch den täglichen Umgang mit solchen Dingen kommt für die Anstalten in Wegfall.

Schwerere Unfälle sind Gottseidank in den Anstalten selten und passieren außerdem meistens nicht gerade auf den Pflegeabteilungen, auf denen die Pflegeschüler vorwiegend beschäftigt werden sollen. Es ist so nicht ohne weiteres möglich, die Schüler stets zur ersten Hilfeleistung heranzuziehen. Verrenkungen und Knochenbrüche werden wohl in jeder Anstalt gelegentlich vorkommen, allein auch sie zählen zu den seltenen Ausnahmen und können deshalb nicht als genügende Demonstrations- und Pflegeobjekte für die Schüler angesehen werden. Ganz absehen will ich davon, daß wohl kaum eine Anstalt, es sei denn, daß sie, wie z. B. Eglfing, im Kriege einen Pavillon als Reservelazarett eingerichtet hatte und von dorther noch einige Bestände besitzt, auch nur einigermaßen mit den für die chirurgische Krankenpflege nötigen Apparaten ausgestattet und damit in der Lage ist, seine Pflegeschüler mit diesen Apparaten und deren Anwendungsweise vertraut zu machen.

Das Üben von Verbänden stößt natürlich in den Anstalten auf keinerlei Schwierigkeiten, insofern wenigstens, als sich die typischen Verbände jederzeit an Modellen anlegen lassen. Das eine freilich wird auch hier zu bedenken sein, daß die von einem geprüften Krankenpfleger in der Praxis zu verlangende Geschicklichkeit nicht sowohl von der Beherrschung der typischen Verbände, als vielmehr davon abhängig zu sein pflegt, daß er vom typischen Verband ausgehend, diesen dem gegebenen einzelnen Falle anzupassen versteht. Derartiges lernt sich aber nicht am Modell allein, sondern nur aus der Praxis an den verschiedenen Kranken selbst. Das gleiche gilt entsprechend von den verschiedenen Transportarten. Die sogenannte zarte Hand, die gerade beim Heben, Legen und Transportieren Verletzter eine

so große Rolle spielt, bildet sich eben nicht am Gesunden, sondern am Kranken.

Wohl zu den schwierigsten Aufgaben der Krankenpflege gehört die Pflege bei den übertragbaren Krankheiten. Um dieser Aufgabe in weitem, um nicht zu sagen, vollem Umfange gerecht werden zu können, genügt es meines Erachtens nicht, daß die Pflegeperson recht eingehende theoretische Kenntnisse besitzt, sondern sie muß während ihrer Ausbildungszeit auch möglichst umfangreiche praktische Erfahrungen sammeln können. Wie steht es nun mit den letzteren in unseren Anstalten? Auf meine Rundfrage: „Hatten die Schüler Gelegenheit, die Krankenpflege auf Infektionsabteilungen zu betätigen?" haben nur einige Anstalten mit einem uneingeschränkten „Ja" geantwortet, die übrigen haben die Frage zwar für einen Teil der Schüler bejaht, aber hinzugefügt, daß sich die Pflege in der Hauptsache auf die Tuberkulösen, dazwischen auch auf einige Fälle von Ruhr, von Rose, Grippe und einzelner Bazillenträger erstreckte. Eine Anstalt erwähnte auch Typhus. Ich bin nun nicht orientiert darüber, ob in den verschiedenen Anstalten je eine eigene Infektions- bezw. Isolierabteilung eingerichtet, ob diese dauernd in Betrieb und mit wie vielen Kranken sie durchschnittlich belegt ist, glaube aber aus der Durchsicht der früheren Jahresberichte der verschiedenen Anstalten schließen zu dürfen, daß abgesehen von der Tuberkulose und vielleicht noch der harmloseren Formen der Ruhr keine nennenswerte Zahl von übertragbaren Krankheiten in den einzelnen Anstalten vorkamen und daß insbesondere Typhus, Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten nur äußerst selten einmal zur Beobachtung und Pflege kam, so daß man mehr von einem Zufall, keinesfalls aber von einer Regel sprechen kann. So bleibt denn das Lehr- und Lernmaterial für die meisten Schüler hinsichtlich der übertragbaren Krankheiten in der Hauptsache auf die Tuberkulose und eventuell auf die Ruhr beschränkt, während die für die private Krankenpflege häufig viel wichtigeren Erkrankungen, wie Typhus, Diphtherie, Scharlach usw. den Schülern überhaupt nicht vor Augen kommen. Ich denke, Sie werden mir zustimmen, wenn ich das für ein sehr empfindliches Manko erkläre. Abgesehen davon wird man aber auch aussprechen müssen, daß das, was der Lehrer einer Krankenpflegeschule seinen Schülern über die allgemeine Hygiene der Räume, in denen Tuberkulöse untergebracht und gepflegt werden sollen, sowie darüber, was die spezielle Pflege Lungenkranker anlangt, vorträgt, nicht immer mit dem übereinstimmt, wie die Tuberkulösen tatsächlich in den meistens

überfüllten Pflegeabteilungen der Irrenanstalt untergebracht sind. Daß die Zustände hier in den Anstalten andere sind, als an den großen Krankenhäusern und in absehbarer Zeit auch kaum gebessert werden können, ist freilich nicht die Schuld der Ärzte, sondern ist durch die allgemeinen Verhältnisse bedingt, die uns allen wohl bekannt sind. Was dagegen die andere, nicht minder wichtige Seite der Krankenpflege bei übertragbaren Krankheiten betrifft, die Desinfektionslehre, so kann im Gegensatz zur eigentlichen Pflege des Kranken, behauptet werden, daß jede Anstalt in der Lage ist, den Schülern eine gediegene, vollkommen ausreichende praktische Ausbildung zu geben.

Wie bekannt, schreibt die Neuordnung des Krankenpflegeunterrichts eine mindestens zehnstündige Unterweisung der Schüler in der Diätküche vor und ich habe schon erwähnt, wie leicht in dieser Beziehung ein Krankenhaus die entsprechenden Anforderungen zu befriedigen vermag. In den Anstalten liegen die Verhältnisse ganz anders. Die Anstaltsinsassen sind in der überwiegenden Mehrzahl körperlich gesunde Menschen und dementsprechend liefert die Anstaltsküche in erster Lnie eine Kost für Gesunde und keine Krankenkost und das, was wir im allgemeinen in den Anstalten Krankenkost zu nennen pflegen, entspricht in den meisten Fällen auch nicht den strengen Anforderungen, die man füglich an eine Diätküche stellen muß. Ich habe in meiner Rundfrage leider versäumt, mich danach zu erkundigen, ob die einzelnen Anstalten über Köchinnen verfügen, die in der Zubereitung der verschiedenen Krankenspeisen ausgebildet sind, vielleicht hören wir aber darüber einiges in der Aussprache. Meine Erfahrungen in dieser Beziehung sind jedenfalls keine befriedigenden. Im übrigen liegt es vielfach nicht einmal an der Person der Köchin, wenn in den Anstalten keine einwandfreie Krankenkost hergestellt werden kann, sondern an dem Material, das zur Verfügung bezw. nicht zur Verfügung steht und an der Person, die das Material zu beschaffen hat. Auch die entsprechenden Einrichtungen mögen vielleicht da und dort nicht ausreichen. Jedenfalls wird man sagen dürfen, daß bisher die Anstalten nicht für den Fall vorgesehen waren, den Ansprüchen eines Diätkochkurses zu genügen, wobei ich vielleicht auch den Lehrer der Pflegeschule selbst nicht ganz ausnehmen darf.

Durch meine bisherigen Ausführungen glaube ich den Beweis dafür erbracht zu haben, daß die Ausbildung von Pflegeschülern in einem Krankenhause und in einer Anstalt im allgemeinen nicht gleichwertig sind. Dazu kommen aber noch zwei Umstände, durch welche die Schüler in einer Anstalt gegenüber denen in einem Krankenhause

ins Hintertreffen geraten. Der eine Umstand ist der, daß die Schüler in den Krankenhäusern stets nur unter der Aufsicht und Anleitung erfahrener und bewährter Pflegepersonen beschäftigt werden, und der andere ist der, daß die Schüler der anderen Pflegeschulen eben nichts anderes sind, als Schüler, die ihre ganze Zeit, die sie im Krankenhause zubringen, ausschließlich ihrer Ausbildung widmen können, während die Schüler der Pflegeschulen in den Anstalten in erster Linie Beamte sind, die auf selbstverantwortliche Posten gestellt sind und diesen vor allem anderen ihre Aufmerksamkeit und Arbeitskraft zuwenden müssen. Um wieviel leichter tut sich doch jemand, der etwas lernen will, wenn er förmlich auf Schritt und Tritt einen hinter sich hat, der jeden Fehler sofort korrigieren, jeden Handgriff immer wieder aufs neue zeigen, bei auftauchenden Zweifeln aufklären, durch seine Persönlichkeit und sein Beispiel anregen und befruchten kann. Diese Pflegeschüler entbehren auch nicht der Hilfskräfte, von denen die Verordnung vom 9. I. 24 spricht, jener Hilfskräfte des Lehrers, die das jeweilige Lehrpensum repetieren und sich überzeugen, ob die Sache sitzt und denjenigen Schülern, die Lücken aufweisen, die nötige Nachhilfe angedeihen lassen. Ebenso verständlich ist es wohl auch, daß denen, die tagsüber ihren oft recht anstrengenden Dienst machen müssen, die nötige Frische und Spannkraft nicht immer zu Gebote steht, um einen restlosen Gewinn von dem Unterricht des Lehrers zu haben und das gehörte Pensum so zu verarbeiten und sich einzuverleiben, daß es zu einem bleibenden Besitztum wird.

Fasse ich meine bisherigen Ausführungen zusammen und ziehe den Schluß daraus, so kann dieser wohl kaum ein anderer sein, als der, daß die Pflegeschüler an einer Irrenanstalt gegenüber denen an einem Krankenhause ganz erheblich im Nachteil sich befinden und daß tatsächlich die Ausbildung an den verschiedenen Schulen nicht gleichwertig ist. Nun wird allerdings eingewendet werden können, daß ich die Dinge mit einem zu großen Pessimismus, vielleicht auch zu engherzig betrachte und die Farbe zu dick und zu schwarz aufgetragen habe. Dies alles zugegeben und auch zugestanden, daß ich meinem Vorsatze, möglichst objektiv die Verhältnisse zu beleuchten, nicht immer ganz treu geblieben bin, möchte ich doch betonen, daß mir bei meinen Betrachtungen immer die Frage vorgeschwebt hat: Sind wir in der Lage, durch unseren Unterricht die Bedingungen zu erfüllen, welche die Ministerien an die Verleihung des staatlichen Anerkennungsdekretes eines Krankenpflegers knüpft und können wir die Verantwortung dafür tragen? Daran schließe ich nun, wenn ich die erste

Frage aus meinen bisherigen Erfahrungen verneinen muß, die zweite Frage: Wie müssen wir in Zukunft an den Anstalten den Unterricht gestalten, um doch vielleicht ähnliches zu erreichen wie an anderen Schulen?

Die uns gestellte Aufgabe ist zweifellos eine sehr schwierige; bekanntlich ist aber die Lösung einer Aufgabe um so leichter, je mehr man sich deren Schwierigkeit klar macht und sie bis zum letzten Ende verfolgt.

In erster Linie waren im vergangenen Jahre unsere Lehrkurse zu groß. Wenn auch im Laufe des Jahres eine Anzahl Schüler und Schülerinnen aus der Schule wieder austraten, so überschritten anfänglich in den meisten Anstalten doch die auf einen Lehrer treffenden Schüler die Zahl 30, in manchen Anstalten sogar die Zahl 50. Eine solche Anzahl ist unbedingt zu groß und kann keinen für den einzelnen Schüler gedeihlichen Unterricht gewährleisten. Gerade im Anfang muß der Lehrer jedem einzelnen seiner Schüler ein besonderes Augenmerk zuwenden, er muß sich über die Fähigkeiten jedes einzelnen, über sein Vermögen, dem Unterricht folgen zu können, klar werden, muß gleich von Anfang an die Schwächen des einzelnen zu beheben versuchen, muß Zeit und Gelegenheit haben, ihn warm zu bekommen, wenn er nicht von vornherein darauf verzichten will, aus einem schwachen Schüler durch zielbewußte Energie einen brauchbaren zu machen. Wer aber unter uns, der zum erstenmal als Lehrer der Krankenpflegeschule tätig war, weiß nicht ein Lied zu singen von der geradezu abgründigen Ignoranz vieler und oft nicht einmal der unintelligentesten auf den verschiedensten Gebieten, deren Kenntnis zum Verständnis des Lehrstoffes unbedingte Voraussetzung sein muß. Dieses Manko in der Vorbildung unseres Pflegepersonales — hat doch ein sehr großer Teil namentlich unseres weiblichen Personals nichts anderes genossen, als einen Volksschulunterricht auf dem Lande — muß der Lehrer vielfach durch einen förmlichen Elementarunterricht auszugleichen versuchen. Gerade in dieser Hinsicht empfindet es der Lehrer besonders hart, daß er keine Hilfskräfte zur Seite hat, die ihm einen großen Teil dieser Arbeit abnehmen könnten. Ich habe mich öfter mit Lehrern und Schülern von Krankenpflegeschulen an Krankenhäusern, von der Hebammenschule und von Säuglingspflegeschulen besprochen und mir sagen lassen, welche Erleichterung es für Lehrer und Schüler bedeutet, daß unter letzteren sich immer eine größere Anzahl befindet, die den gebildeten Ständen angehören, die sich dann ihrer Mitschüler annehmen und deren Wissen und Verständnis in weitem Umfang

nachhelfen. „Wo kämen wir Lehrer und viele unserer Schüler hin, wenn wir diese Hilfe nicht hätten", sagte mir einmal ein viele Jahre hindurch an einer Krankenpflegeschule tätiger Kollege. Wir an den Anstalten entbehren aber dieser Hilfe und entbehren ihrer so lange, als wir nicht unter unserem Pflegepersonal eine gewisse Anzahl von in allen Sparten der Krankenpflege gründlich ausgebildeten und erfahrenen Personen haben, die als Hilfskräfte, so wie sie auch in den ministeriellen Vorschriften erwähnt sind, tätig sein können. Wir Lehrer an den Anstalten müssen diese mühselige und zeitraubende Kleinarbeit selbst machen und können sie nur dann leisten, wenn die einzelnen Kurse möglichst klein sind. An den meisten Anstalten mit ursprünglich hoher Schülerzahl haben daher die Lehrer ihre Kurse in ein oder mehrere Parallelkurse geteilt, allein auch damit ist m. E. noch nicht sehr viel erreicht, die Zahl der Schüler blieb immer noch groß und außerdem wurde der Lehrer damit derart belastet, daß er, wenn er seine Aufgabe wirklich ernst nahm, neben seinem Abteilungsdienst bis zur Grenze seiner Leistungsfähigkeit angestrengt wurde. Noch viel wichtiger aber als für den theoretischen ist es für den praktischen Unterricht, daß die Gruppen möglichst klein gemacht werden, denn bei dem verhältnismäßig geringen Übungsmaterial, auf das ich später noch ausführlicher zu sprechen kommen werde, muß der einzelne Schüler viel intensiver herangenommen werden, was sich nur durch eine weitgehende Teilung der Gruppen erreichen läßt.

In Anbetracht der früher geschilderten Verhältnisse an unseren Anstalten möchte ich die Zahl von 10 bis höchstens 15 Schülern auf eine Schulgruppe vorschlagen, möchte aber auch gleicherzeit dafür eintreten, daß für jede einzelne Gruppe auch ein eigener Lehrer aufgestellt wird. Ich bin mir dessen wohl bewußt, daß eine einheitliche Leitung der Pflegeschule ihre unbestreitbaren Vorzüge hat und daß eine Dezentralisierung mit manchen Nachteilen verknüpft ist. Allein die folgenden Überlegungen werden Sie vielleicht davon überzeugen können, daß letztere gerade an den Anstalten doch das Bessere ist. Den Hauptvorteil, den ich darin gerade für die größeren Anstalten erblicke, ist der, daß der Lehrer seine Schüler sämtlich auf der von ihm geleiteten Abteilung unterbringen und sie tagtäglich unter seiner Aufsicht und Anleitung beschäftigen kann. Ich habe es persönlich als einen außerordentlichen Nachteil empfunden, daß meine über 40 Schülerinnen auf den verschiedensten Abteilungen tätig waren, auf die mich mein Dienst nur selten oder gar nicht führte, und daß ich so eine persönliche, d. h. eingehende und fortlaufende Kontrolle

ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer praktischen Leistungen nicht ausüben konnte. Habe ich aber meine Schüler auf meiner eigenen Abteilung beisammen, so bin ich auch jederzeit in der Lage, sie rasch zusammenzurufen, wenn ich etwas demonstrieren, ihnen einen augenblicklichen Krankheitszustand und die Hilfeleistung dabei erklären will, bei plötzlichen Zwischenfällen können sie rasch zur Stelle sein, bei kleinen chirurgischen Eingriffen zusehen und Hilfe leisten, kurz alles, was sich auf der Krankenpflegeschule und das jeweils im theoretischen Unterricht behandelte Thema bezieht, kann leichter und zu jeder Zeit vom Lehrer am Krankenbett selbst gezeigt und erneut durchgesprochen werden. Im anderen Falle, wenn die Schule größer ist und die Schüler infolgedessen auf den verschiedensten Abteilungen zum Dienste eingeteilt sind, ergeben sich zahlreiche Schwierigkeiten dienstlicher Art, bis man sie alle zusammenbringt und außerdem macht sich auch sofort, besonders bei praktischen Demonstrationen und Übungen das Mißliche geltend, daß die große Zahl den einzelnen beeinträchtigt. Die Ministerialbekanntmachung spricht zwar davon, daß der Lehrer die Unterstützung der Ärzte der einzelnen Abteilungen in Anspruch nehmen darf, doch sind hier die Verhältnisse in einem Krankenhause doch anders gelagert, als bei uns in den Anstalten und auch hier wieder besonders in den größeren. Im Krankenhaus weiß jeder Abteilungsarzt sofort, das ist ein Pflegeschüler, kann ihn deshalb jederzeit vornehmen, in der großen Anstalt bei vielem Pflegepersonal und den oft nötigen Versetzungen desselben, weiß häufig der Abteilungsarzt nicht, wer von seinen Pflegern gerade die Schule besucht oder denkt im Augenblick nicht daran; er ist auch nicht orientiert, welches Kapitel gerade im Unterricht behandelt wird und läßt so das Material, ohne daß man ihm hieraus auch nur den geringsten Vorwurf machen könnte, für die Schule und den Schüler ungenützt.

Ist es also auf Grund einer höheren Schülerzahl nötig, mehrere Schulgruppen mit je einem Lehrer aufzustellen, so wird in der ärztlichen Diensteinteilung darauf Rücksicht genommen und ermöglicht werden müssen, daß der Lehrer mit seiner Schulgruppe in bestimmtem Turnus die einzelnen Abteilungen wechseln kann. Allgemeine anstaltsdienstliche Interessen leiden darunter jedenfalls ebensowenig Schaden, als die Interessen der Pflegeschule durch die Aufstellung mehrerer Lehrer. Gegen letzteres hat übrigens bereits das Ministerium keinerlei Einwendungen erhoben.

Im Anschluß hieran möchte ich nun auch gleich einige Zwischen-

bemerkungen über den theoretischen Unterricht in unseren Anstaltspflegeschulen machen. Wie ich schon erwähnte, haben wir hier bei der Beschaffenheit unseres Schülermaterials mit recht großen Schwierigkeiten zu kämpfen und können uns nur ungemein langsam vorwärts bewegen. Ich kann nur die Herren bewundern und zu ihrem Schülermaterial beglückwünschen, die mir auf meine Anfrage mitteilen konnten, daß sie bei wöchentlich 2 Stunden inklusive den praktischen Übungen die große Materie, wie sie die Verordnung vom 27. I. 20 vorschrieb, bewältigen konnten. In sechs Anstalten allerdings waren hiezu exklusive praktische Übungen drei Wochenstunden noch nicht ausreichend. Ich selbst habe 180 Stunden gegeben und gefunden, daß dies eigentlich noch zu wenig war, da die regelmäßigen Repetitionen, die notwendig gewesen wären, um mich zu überzeugen, daß alles von jedem Schüler richtig begriffen war und einigermaßen saß, dabei zu kurz kamen. Um wieviel mehr Stunden müssen wir jetzt geben, nachdem sich die Anforderungen vergrößert und wir neben dem engeren Krankenpflegeunterricht auch noch die Irrenpflege zu lehren haben, für die bekanntlich die neue Verordnung nur zwei Stunden vorgesehen hat! Nur intensivster theoretischer Unterricht und ständige Wiederholungen verbunden mit den praktischen Übungen vermag m. E. einigermaßen vielleicht den Unterschied zwischen den Verhältnissen an einer Irrenanstalt und einem Krankenhause auszugleichen. Die Zahl der notwendigen Stunden wird so leicht 200 und darüber erreichen, und diese Stunden können wir unserem Personal bei dem auf absehbare Zeit hinaus auf das knappste bemessenen Stande nur in der dienstfreien Zeit geben. Wenn man bedenkt, daß die Pflegeschüler dann auch noch ihr Pensum von der einen zur anderen Stunde studieren und lernen sollen, wozu sie während ihres Dienstes nicht befugt sind, so bedeutet das zweifellos eine erhebliche Belastung für sie, die ihnen bei der Aufstellung ihrer täglichen Dienstzeit meiner Ansicht nach unbedingt angerechnet werden muß und zwar in der Form, daß ihnen, wie auf den schweren Abteilungen, eine verkürzte Dienstzeit zugebilligt wird. Verlangen wir von ihnen die Ablegung einer für sie recht schwierigen Prüfung, so müssen wir ihnen durch dienstliche Erleichterungen auch die Gelegenheit geben, einigermaßen frisch und aufnahmefähig den Unterricht besuchen und zu Hause noch geistig arbeiten zu können. Erleichtert wird ihnen ja gewiß die Arbeit in der Schule durch den obligatorischen Besuch des Vorkurses, wie auch die Arbeit des Lehrers dadurch bis zu einem gewissen Grade verringert wird, es bleibt aber immer noch so viel für die Schule

übrig, daß es den Schülern große Mühe und Anstrengung kostet, das Ziel zu erreichen.

Als Ergebnis meiner Ausführungen darf ich wohl den Satz aufstellen: Der theoretische Krankenpflegeunterricht kann in den Anstalten, wenn auch unter erschwerenden Umständen in ausreichendem Maße erteilt werden. Zu fordern ist aber, daß einmal ausgiebige Vorkurse abgehalten werden, in denen eine ausreichende Grundlage für die spätere Schule gelegt wird, wobei schon im Vorkurse entschieden werden soll, ob sich der Schüler für den Besuch der Pflegeschule eignet oder nicht. Ferner, daß der theoretische Unterricht ein möglichst intensiver ist, daß darauf in der Woche wenigstens 4 Stunden verwendet und daß dieser Unterricht unterstützt wird durch ein möglichst umfangreiches Lehrmittelmaterial. Der Unterricht muß in erster Linie Anschauungsunterricht sein. Soweit nicht in der Anstalt Kräfte vorhanden sind, die Abbildungen, Tabellen und Kurven in der Form von Wandtafeln abzeichnen können, müssen solche Wandtafeln anderweitig, am besten bei Dr. Schlüter & Maß, Naturwissenschaftl. Verlagsanstalt in Halle a. S., beschafft werden. Desgleichen muß die Lehrmittelsammlung anatomische Präparate, die ja leicht aus dem Sektionsmaterial genommen werden können, und die wichtigsten in der modernen Krankenpflege gebräuchlichen Instrumente und Apparate eventuell deren Modelle, enthalten. Nachdem die aus den Kurshonoraren zu schöpfenden Mittel zur Beschaffung einer einigermaßen vollständigen Lehrmittelsammlung kaum ausreichen werden, werden die Kreise einen entsprechenden Zuschuß geben müssen, der ihnen eventuell später aus den Kursgeldern wieder zurückerstattet werden könnte. Endlich ist dafür zu sorgen, daß den Krankenpflegeschülern gewisse dienstliche Erleichterungen zugestanden werden.

Ungleich schwieriger aber gestaltet sich der Unterricht in der eigentlichen praktischen Krankenpflege. Ich muß zum wiederholten Male feststellen, daß es kaum jemand ernstlich wird bestreiten wollen, daß unsere Anstalten sowohl hinsichtlich der Zahl, als auch der Art der innerlichen, chirurgischen usw. Krankheiten unendlich weit hinter den Krankenhäusern zurückstehen. Veröffentlichten wir doch Jahr für Jahr in unseren Anstaltsberichten: Der allgemeine Gesundheitszustand in der Anstalt war ein durchaus günstiger. Damit sollte doch nicht nur ausgesprochen werden, daß während des Jahres keine größeren Seuchen ausgebrochen waren, sondern daß im allgemeinen körperliche Erkrankungen bei den Pfleglingen selten waren. Und so ist es, wenn wir von den letzten Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren, wo die

Unterernährung ihre fatalen Folgen zeitigte, absehen, auch heute wieder. Wir können doch nicht der Krankenpflegeschule zuliebe jetzt sagen, wir hätten ein reichliches Krankenmaterial. Was uns tatsächlich als Kranken- und Pflegematerial zur Verfügung steht, findet sich bei uns auf den sogenannten Pflege- oder Siechenabteilungen, im übrigen kommen immer nur vereinzelte Fälle innerlicher oder chirurgischer Erkrankung vor, die für kürzere oder längere Zeit eine spezielle Pflege erheischen. Mit diesen letzteren Fällen können und dürfen wir m. E. nicht ohne weiteres rechnen, denn sie zählen zu den mehr zufälligen Ergebnissen und die ersteren entbehren nicht einer gewissen Einseitigkeit bezw. sie erfordern eine Spezialpflege, die nicht ohne weiteres mit der sonstigen Krankenpflege zu identifizieren ist. Sehr viele, wohl die Mehrzahl unserer auf den Pflegeabteilungen liegenden Kranken sind, mit Ausnahme natürlich der Tuberkulösen, im strengen Sinne gar keine körperlich Kranken, sondern es sind Unreinliche, Gebrechliche, sind tief verblödete Paralytische, Kranke mit häufigen Anfällen usw. Gewiß, es wird von Niemanden bestritten werden können, daß der Dienst auf einer Siechenabteilung eine kaum zu übertreffende Schule für die Pflege körperlich völlig Hinfälliger und Hilfloser, Marastischer und Gelähmter ist, daß sie kaum zu überbietende Anforderungen an die Aufmerksamkeit, Geschicklichkeit, Selbstverleugnung und Ausdauer des Pflegers stellt und ebenso, daß diese Kranken dem Lehrer ein reichhaltiges Unterrichtsmaterial liefern, aber diese Pflege ist wie gesagt einseitig, sie ist eine Spezialpflege und kann häufig auch insofern nicht als Muster für die allgemeine Krankenpflege benützt werden, als wir es eben bei diesen Kranken mit Geisteskranken zu tun haben. Mangelnde Besonnenheit, oft blindes Widerstreben, Erregungszustände mit Neigung zu Gewalttätigkeiten und Zerstörungssucht durchkreuzen bei ihnen nur allzuoft die Regeln der allgemeinen Krankenpflege, machen sie illusorisch und nicht selten geradezu kontraindiziert. Es erfordert m. E. eine große Geschicklichkeit des Lehrers und ein nicht geringes Maß von Intelligenz des Schülers, es diesem klar zu machen, worin der Unterschied der Pflege eines körperlich kranken Geistesgesunden und eines körperlich kranken Geisteskranken besteht, was er hier zu tun und dort zu lassen hat und umgekehrt. Es entstehen sonst leicht Mißverständnisse, die unter Umständen üble Folgen haben könnten.

Immerhin ist und bleibt die Pflegeabteilung in der Anstalt die Quelle, aus der in der Hauptsache das Material für den praktischen Pflegeunterricht geschöpft werden kann. Es muß daher gefordert

werden, daß die Pflegeschüler je nach ihrer Anzahl mindestens mehrere Monate, am besten ½ Jahr lang auf den Pflegeabteilungen unter ständiger Aufsicht und Anleitung des Lehrers tätig sind. Darauf muß bei der Diensteinteilung des Personals Rücksicht genommen werden. Prinzipiell müßte auch die Forderung gestellt werden, die Pflegeschülerinnen eine Zeitlang auf der Männerabteilung Dienst machen zu lassen. Ein Ding der Unmöglichkeit wäre das an sich nicht, denn im Kriege wurde das infolge des Mangels an männlichem Personal sogar notwendig und ist auch ganz gut gegangen. Ob es sich jetzt, wo die Pfleger- und Pflegerinnenstellen auf das knappste berechnet sind, ermöglichen ließe, ist freilich eine große Frage.

Was die übrigen in der Anstalt gelegentlich vorkommenden Fälle körperlicher Erkrankung anlangt, die eine besondere Pflege erfordern, so müßten dieselben natürlich ebenfalls den Zwecken der Schule so weit als möglich zugänglich gemacht werden, namentlich dann, wenn sie ruhige und besonnene Kranke betreffen und so am meisten den Kranken in den Krankenhäusern ähnlich sind. Wohl in den meisten Fällen werden akut körperlich Erkrankte, besonders wenn sie fiebern, auf eine Wachabteilung gelegt und zwar in der Regel auf die ruhige Wache, sofern sie vorher schon ruhig und geordnet waren. Aber auch bis dahin unruhige und erregte Kranke werden unter dem Einfluß körperlicher Störungen, insbesondere wenn diese mit höherem Fieber oder stärkeren Schmerzen einhergehen, ruhig und können nun ebenfalls auf die Abteilung für ruhige Überwachungsbedürftige verbracht und dort verpflegt werden. Der Lehrer der Pflegeschule muß deshalb auch eine derartige Wachabteilung übernehmen, einen Teil derselben als spezielle Krankenabteilung einrichten können und auch dafür sorgen, daß ihm von den übrigen Abteilungen die Kranken zugelegt werden. Die Pflegeschüler pflegen diese Kranken, die außerdem zu Demonstrationszwecken Verwendung finden. Über die organisatorischen Maßnahmen, die für solche Sammlung von Kranken notwendig sind, kann ich mich hier im einzelnen natürlich nicht äußern, es lassen sich dafür auch jedenfalls keine allgemein gültigen Regeln aufstellen, die Lösung dieser Frage richtet sich vielmehr nach den örtlichen Verhältnissen der einzelnen Anstalten, und wird bis zu einem gewissen Grade auch immer abhängig sein von dem guten Willen der Kollegen, die eben manchmal ihre eigenen ganz berechtigten und verständlichen Interessen an dem Falle denen der Krankenpflegeschule aufopfern müssen.

Unter den von mir skizzierten Umständen mag es vielleicht

gelingen, ein leidliches und brauchbares Unterrichts- und Übungsmaterial zusammenzubringen, wenn ich auch betonen muß, daß es immer noch Stückwerk bleiben wird, das zudem sehr vom Zufall abhängt.

Auf noch größere Schwierigkeiten stoßen wir bei dem Versuch der Lösung der Frage, wie wir unseren Schülern die nötigen Begriffe und praktischen Kenntnisse in der chirurgischen Krankenpflege beibringen sollen. Der Mangel an geeignetem Material macht sich hier noch bedeutend mehr fühlbar als bei den innerlichen Erkrankungen, und der Zufall spielt eine geradezu maßgebende Rolle. Der ideale Traum der Errichtung einer chirurgischen Abteilung, wenn sie auch noch so klein sein mag, wird sich kaum erfüllen lassen, es müßte denn sein, daß wir alles, was als kleine chirurgische Fälle auftritt, zusammenzulegen versuchen. Abgesehen aber davon, daß in vielen Fällen bei der relativen Geringfügigkeit der Affektion, die Störung, die das Hin- und Herverlegen der Kranken in den allgemeinen Betrieb hereinbringt, sich nicht lohnt und den Kranken selbst daraus unnötige Belästigungen erwachsen, muß ich auch ganz offen erklären, daß es auch keineswegs den Interessen der einzelnen Abteilungsärzte entspricht, wenn sie genötigt werden, lediglich der Krankenpflegeschule zuliebe auf eine Tätigkeit zu verzichten, die ihnen eine Abwechslung in ihren sonst vielleicht recht einförmigen Dienst bringt, sie wieder einmal etwas anderes als nur Irrenarzt sein und sie Erfolge erringen läßt bei Kranken, mit denen sonst ärztlich nichts anzufangen ist. Auch mag in manchen Fällen die Autorität des Arztes gegenüber seinen Kranken Schaden leiden, wenn von diesen die Gründe nicht richtig beurteilt werden, weshalb sie jetzt auf einmal, nachdem sie einen Furunkel oder Abszeß bekommen haben, nicht mehr von ihrem Abteilungsarzt sollten behandelt werden können. Etwas anderes ist es vielleicht, wenn es sich um eine schwerere und längere Erkrankung handelt und um ausgedehntere und schwierigere Eingriffe, die die Verlegung des Kranken auf eine Wachstation unbedingt nötig machen und spezielle Pflege erfordern. Sollte der betreffende Kollege, der an dem Falle großes Interesse hat, auf die persönliche Behandlung nicht verzichten und sie auf seiner Abteilung durchführen wollen, so wird er gern bereit sein, im Benehmen mit dem Lehrer der Pflegeschule, den Schülern diesen Fall zu demonstrieren und einen Schüler zur Pflege des Kranken sich bestimmen lassen. Durch ein entsprechendes kollegiales Zusammenarbeiten können so meines Erachtens die, wenn vielleicht auch wenigen Fälle, doch gründlich ausgenutzt werden. Durch tele-

phonische Verständigung des Lehrers von plötzlichen Unfällen oder sonstwie nötig werdenden chirurgischen Eingriffen auf einzelnen Abteilungen kann dieser seine Schüler mobil machen und ihnen Gelegenheit geben, zuzusehen und mit Hand. anzulegen. Zur Übung des Transportes Verletzter, der ersten Hilfeleistung usw. wird ein solches Verfahren vielfach von großem Werte sein können.

Was die Tätigkeit im Operationssaale, die Vorbereitungen zu Operationen, die Hilfeleistungen bei denselben, das Sterilisieren von Instrumenten und Verbandstoffen anlangt, so läßt sich dieses alles, sofern nur die nötigen Einrichtungen vorhanden sind, meiner Überzeugung nach improvisatorisch wohl üben, freilich muß man Zeit dafür aufwenden, viel Zeit sogar. Bedacht muß dabei allerdings auch werden, daß solche Übungen immer nur Ersatz bleiben und für die Anstalten mit Kosten verbunden sind, und daß ein guter Erfolg nur erreicht wird, wenn die — an sich selbstverständliche — Sparsamkeit nicht in Engherzigkeit ausartet. Die Kenntnisse in der Verbandlehre können mit der bereits früher erwähnten Einschränkung auch in den Anstalten unschwer erworben werden.

Zum Kapitel „Pflege bei ansteckenden Erkrankungen" möchte ich unter Bezugnahme auf das früher Gesagte noch folgendes bemerken. Überall dort, wo eine engere Infektionsabteilung vorhanden und in Betrieb ist, müssen die Pflegeschüler im Turnus längere Zeit auf dieser Abteilung beschäftigt werden. Dort, wo keine eigene Infektionsabteilung besteht und jeweils nur einzelne Fälle von übertragbarer Erkrankung anfallen, müssen in erster Linie die Pflegeschüler zur Pflege herangezogen und die ganze Schule mit den zu treffenden Isolier- und Desinfektionsmaßnahmen bekannt gemacht werden. Bei dem Mangel an Material ist jeder einzelne Fall wichtig und muß ausgenutzt werden, wenn anders überhaupt von einer praktischen Ausbildung, die gerade bei der Pflege von Infektionskrankheiten von der einschneidendsten Bedeutung ist, gesprochen werden kann. Dem fatalen Mangel an Anschauungsmaterial hinsichtlich der gerade in der Privatpflege am häufigsten in Betracht kommenden Infektionskrankheiten: Diphtherie, Scharlach, Masern usw. könnte m. E. dadurch begegnet werden, daß durch den Besuch von Krankenhäusern, in denen diese Fälle am leichtesten anzutreffen sind, solche Erkrankungen unschwer demonstriert werden können. Hinsichtlich der allgemeinen und auch der speziellen Desinfektionslehre verfügt wohl jede Anstalt über die entsprechenden Einrichtungen, die es gestatten, den Unterricht der Pflege-

schüler nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch in ausreichendem Maße zu erteilen.

Nun noch einige Worte zur Diätküchenfrage. Unterricht in der Diätküche kann in ersprießlicher Weise doch nur derjenige geben, der selbst darin genügend ausgebildet und erfahren ist. Der Arzt, d. h. der Lehrer der Krankenpflegeschule, muß wohl imstande sein, seinen Schülern einen Vortrag über Krankenernährung zu halten, ist auf Grund seiner Vorbildung auch befähigt, die Güte des zur Herstellung der Krankenspeisen zu verwendenden Materiales zu beurteilen, er wird aber in den seltensten Fällen in der Lage sein, die Herstellung der Speisen selbst sachgemäß lehren und demonstrieren zu können, sofern er nicht selbst einen Kochkursus besucht hat. Der Lehrer ist also fast immer auf die Hilfe einer guten, ausgebildeten Diätköchin angewiesen. Verfügt eine Anstalt über eine solche Köchin, dann läßt sich auch die Aufgabe des Unterrichts in der Diätküche lösen. Ist aber eine solche Kraft nicht vorhanden, so muß sie unter allen Umständen beschafft werden, indem man entweder eine vorgebildete Köchin anstellt oder indem man eine schon vorhandene intelligente und gewissenhafte Köchin oder Pflegerin eine Zeitlang in ein Krankenhaus oder eine entsprechende Kochschule schickt und sie dort einen mehrwöchentlichen Kochkursus mitmachen läßt. Nebenbei bemerkt, kommt eine solche Persönlichkeit nicht nur der Pflegeschule, sondern auch der ganzen Anstalt sehr zugute und kann sicher nicht als überflüssig bezeichnet werden.

Ich habe die zu Anfang gestellte Frage: „Steht die Irrenanstalt ihrem Ausbildungswerte nach einem Krankenhause gleich?“ verneinen müssen und kann, wenn ich das Ergebnis des zweiten Teiles meiner Ausführungen zusammenfasse, auch die zweite Frage: „Ist es überhaupt möglich, die Schule an einer Irrenanstalt der an einem großen Krankenhause einigermaßen gleichwertig gestalten?“ nur sehr bedingt mit Ja beantworten. Gebe ich die Möglichkeit auf den von mir angedeuteten Wegen zu, so spreche ich zugleich aus, daß es selbst unter den günstigsten Bedingungen an den Irrenanstalten immer noch eine Riesenaufgabe bleibt, die Schüler so auszubilden, daß sie billigerweise den Anforderungen, die durch die ministeriellen Bestimmungen an sie gestellt werden, gerecht werden können. Ich sage, es ist eine Riesenaufgabe, sowohl für den Lehrer als auch für den Schüler, die meines Erachtens seinerzeit in Kaufbeuren entschieden unterschätzt worden ist. Man wird mir nun vielleicht entgegenhalten, daß es doch nicht so schlimm sein kann, man dürfe nur die günstigen Prüfungsresultate

ansehen. Gewiß, es ist richtig, die Prüfungsergebnisse waren sehr gut und haben, wie wir wohl ehrlicherweise zugeben müssen, unsere Erwartungen übertroffen. Es wurden in sämtlichen Anstalten zusammen 405 Pfleger und Pflegerinnen geprüft, von 356 wurden mir die Noten mitgeteilt, danach erhielten rund 40% die Note I, 50% die Note II, 8½% die Note III und nur etwas über 1% hat die Prüfung nicht bestanden. Sind wir aber wirklich berechtigt, aus dem Ausfall der Prüfung ohne weiteres auf das Maß des Könnens, das die Ausstellung des staatlichen Anerkennungsscheines zur Voraussetzung hat, zu schließen? Ich möchte das bezweifeln. Nach den Erfahrungen, die man ganz allgemein bei ähnlichen Prüfungen macht und die ich persönlich, ebenso wie wohl mancher andere bei unserer Krankenpflegeprüfung gemacht hat, gab die Prüfung selbst den Examinatoren, namentlich aber dem Prüfungsvorsitzenden verhältnismäßig wenig Gelegenheit, den Schüler bezüglich seines praktischen Könnens und seines aus eigener praktischer Erfahrung und Übung geschöpften Wissens auf Herz und Nieren zu prüfen. Die Frage der zweckmäßigeren Gestaltung der abschließenden Krankenpflegeprüfung wäre ein Kapitel für sich, über das sich sehr viel sagen ließe, das gehört aber nicht zu meinem Thema, und ich möchte deshalb mein Urteil nur dahin zusammenfassen, daß ich sage: Die Prüfung vermittelt uns im wesentlichen nur ein Urteil dahin, ob der Schüler mit Verständnis und Aufmerksamkeit dem Unterricht gefolgt ist und ob er mit Fleiß und Eifer zu Hause sein Pensum gelernt hat. Die Note drückt die Anerkennung für seine Strebsamkeit aus und ist ein Maßstab seines Wissens, nicht aber ein Maßstab seines Könnens. So wenig man behaupten kann, daß der Mediziner, der in seinem Staatsexamen bis ins Kleinste den Gang einer Blinddarmoperation oder die Indikationen zu einer Wendung und deren Technik beschreiben kann, tatsächlich ein guter Chirurg oder Geburtshelfer ist, ebensowenig sind wir berechtigt, eine Pflegerin, die bei dem praktischen Teile der Prüfung z. B. eine Frage aus der Säuglingspflege zieht und hier glänzend abschneidet, für eine gute Säuglingspflegerin zu erklären, zumal wenn wir wissen, daß sie noch nie einen Säugling gesehen und unter der Hand hatte, sondern ihr Wissen lediglich aus dem Vortrage des Lehrers und aus dem Buche geschöpft hat. Solche Beispiele ließen sich, gerade was die Prüfung an unseren Anstalten betrifft, beliebig vermehren, und beweisen meines Erachtens auf das Schlagendste, daß der Prüfungsnote nur eine sehr relative Bedeutung zukommt und daß es, auf unsere Verhältnisse angewandt, jedenfalls nicht berechtigt ist, den Prüfungsausfall als Beweis

dafür anzusehen, daß unsere Schüler praktisch ausgebildete Pflegepersonen im Sinne der Ministerialbekanntmachung vom 9. I. 24 sind.

Wenn ich somit den guten Ausfall der Prüfungen nicht als Beweis für die Vollgültigkeit der Ausbildung unserer Schüler gelten lassen kann, so möchte ich aber auch nicht etwa dahin mißverstanden werden, als wollte ich zum Ausdrucke bringen, daß die Prüflinge ihre guten Noten nicht verdient hätten. Man mag, wenn man sehr kritisch sein will, auch sagen, daß wohl gelegentlich dieser ersten Prüfung eine gewisse Milde auf Seiten der Prüfenden obgewaltet hat, und daß bei Anwendung eines sehr strengen und rigorosen Maßstabes, wie dies anderswo vielleicht der Fall ist, sich die Prozentverhältnisse der Noten nach rückwärts etwas verschoben hätten, dennoch verdienen die Leistungen unseres Pflegepersonals vollste Anerkennung und wären vielleicht sogar noch besser ausgefallen, wenn das Hauptgewicht der Prüfung auf die eigentliche Irrenpflege gelegt worden wäre, und wenn sich der ganze Rahmen der Prüfung eng um diesen Kern hätte herumlegenlassen. Ich komme damit zu dem letzten Punkte meiner Ausführungen.

Ich habe Ihnen auseinanderzusetzen versucht, mit welch großen Schwierigkeiten der Krankenpflegeschulunterricht an den Irrenanstalten zu kämpfen hat, und glaube, Ihnen auch den Nachweis dafür erbracht zu haben, daß trotz aller Anstrengungen des Lehrers bei denkbar größter Ausnutzung allen vorhandenen Anschauungsmaterials die Bedingungen, die für die staatliche Anerkennung gefordert werden, kaum erfüllt und damit auch das eigentliche Ziel der Schule schwerlich erreicht werden können. Ich halte es für unsere Pflicht, dies offen auszusprechen und nunmehr mit aller Entschiedenheit dafür einzutreten, daß für das Krankenpflegepersonal der Irrenanstalten gesonderte Unterrichts- und Prüfungsvorschriften erlassen werden. Die Gesichtspunkte, welche hier richtunggebend sind, dürften doch nicht allzu schwer aufzustellen sein. Unsere Pfleger und Pflegerinnen haben in der Krankenpflege eine Spezialaufgabe zu erfüllen, eben die Irrenpflege. Die Irrenpflege muß deshalb im Mittelpunkt alles dessen stehen, was das Lehrprogramm umfaßt. Im großen und ganzen werden sich in diesem Lehrprogramm die Kapitel, die auch für die staatlichen Krankenpflegeschulen in Betracht kommen, wiederfinden, vieles davon wird sich für unsere Schüler wesentlich vereinfachen und kürzen lassen und sich der Plan so mehr den Bedürfnissen und allgemeinen Verhältnissen in den Anstalten anpassen. So lassen sich z. B. manche Abschnitte, wie Pflege chirurgisch Kranker, Dienst im Operationssaal,

Instrumenten- und Apparatenkunde, Säuglings- und Wochenbettpflege usw. mehr kursorisch behandeln und so eine überflüssige Belastung von Lehrer und Schüler vermeiden. Was übrigens die Säuglings- und Wochenbettpflege anlangt, so halte ich es nebenbei bemerkt, für die Bedürfnisse einer Anstalt für wesentlich besser, einmal eine Pflegerin auf 4 Monate zum Besuch eines Hebammenkurses abzukommandieren, als von einer größeren Anzahl von Schülerinnen in der Prüfung Kenntnisse zu verlangen, die nach den gegebenen Umständen doch kaum je andere als theoretische, höchstens aber dilettantische sein können. Die Irrenpflege selbst ist ein so umfangreiches Gebiet und verlangt von einem guten, selbständig denkenden und überlegenden Pfleger — und solche wollen wir doch erziehen und nicht einfach mechanisch ihre Arbeit leistende Wärter —, so viele Einzelkenntnisse auf rein psychiatrischem Gebiete, daß es vollkommen gerechtfertigt erscheint, die Irrenpflege von der allgemeinen Krankenpflege zu trennen und ihr ihren gesonderten Aufgaben entsprechend eine gesonderte Berufsaufgabe zuzuerkennen. Wie man vom Bader sowohl in der Prüfung als auch bei Ausübung seines Berufes verlangt, daß er die Grundzüge der allgemeinen Krankenpflege beherrscht, und wie auch eine Hebamme nicht allein in ihrem Spezialgebiet erfahren sein muß, sondern darüber hinaus Kenntnisse in der Wochenbett- und Säuglingspflege sich zu erwerben hat, so hat selbstverständlich auch der Irrenpfleger die Pflicht, sich über alles, was mit der Krankenpflege im allgemeinen zusammenhängt, zu informieren. Da sich aber die reine Krankenpflege in den Anstalten den Verhältnissen und Einrichtungen, die wesentlich verschieden von denen eines Krankenhauses sind, und überdies den oft gänzlich anderen Bedürfnissen eines Geisteskranken im Gegensatz zum geistig Gesunden anzupassen hat, kann der Lehrgang und die Prüfung mit den entsprechenden Vorschriften für die staatlichen Pflegeschulen gar nicht identisch sein. Wir müssen deshalb an den Irrenanstalten von den Krankenpflegeschulen zu den Irrenpflegeschulen übergehen und unseren Prüflingen nicht die staatliche Anerkennung als Krankenpfleger, sondern das Diplom als staatlich geprüfter Irrenpfleger aushändigen. Wenn jemand darin eine Degradierung des Irrenpflegers zu einem Krankenpfleger II. Klasse erblicken zu müssen glaubt — ein Frl. *Friedrich-Schultze* vertrat kürzlich in der Sanitätswarte diesen Standpunkt und glaubte sich energisch für die Beibehaltung der bisherigen staatlichen Anerkennung als Krankenpfleger einsetzen zu sollen —, so verkennt er m. E. doch die tatsächlichen Verhältnisse. Das Maß des Wissens und Könnens, das wir in Zukunft von dem

staatlich geprüften Irrenpfleger verlangen müssen, ist ein sehr erhebliches und bleibt hinter dem des staatlich anerkannten Krankenpflegers in keiner Weise zurück. Im übrigen zielt aber die staatliche Prüfung des Irrenpflegepersonals auch auf etwas anderes ab als die Prüfung des Krankenpflegers. Für den Irrenpfleger handelt es sich bei der Prüfung in erster Linie um eine Anstellungsprüfung, während die staatliche Anerkennung als geprüfter Krankenpfleger dem Inhaber das Recht verleiht, seine Tätigkeit in freiem Berufe auszuüben. Die freie Berufsausübung kommt für einen Irrenpfleger nur in verschwindend seltenen Fällen in Frage; was er weiß und was er kann, muß er im Anstaltsdienste zeigen, der von ihm ein weit höheres Maß von selbständiger Handlungsfähigkeit verlangt, als von einem Krankenpfleger in einem Krankenhaus, während umgekehrt der staatlich geprüfte Krankenpfleger sehr häufig von dem Publikum außerhalb der Krankenanstalten in Anspruch genommen wird und hierbei Anforderungen gerecht werden muß, die in der Regel an das Pflegepersonal in einer Irrenanstalt nicht gestellt werden. Die Ausbildung dieser beiden Kategorien von Krankenpflegern, die sich wesentlich voneinander unterscheiden, muß deshalb auch eine ganz verschiedene sein, und muß sich den andersartig gelagerten Bedürfnissen der beiden Gruppen anpassen. Pflegeschule und Prüfung an einer Irrenanstalt muß in Zukunft eine andere sein als die an einem Krankenhause, es muß ein Unterschied gemacht werden zwischen dem Diplom als geprüfter Irrenpfleger und der staatlichen Anerkennung als Krankenpfleger.

M. H.! Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen angekommen und möchte nur noch einige Worte zur Frage des Kurshonorars für den Lehrer sagen. Das Abhalten der Kurse stellt an die Zeit und Leistungsfähigkeit des Lehrers ganz erhebliche Anforderungen. Ich halte es unter gar keinen Umständen für berechtigt, das Abhalten der Schule einfach zu den Dienstesaufgaben des Anstaltsarztes zu rechnen und ihm hierfür keinerlei Entschädigung zu gewähren. Abgesehen davon, daß der Unterricht bei den augenblicklich bestehenden Verhältnissen, die sich in absehbarer Zeit auch kaum ändern werden, nur in der dienstfreien Zeit des Personales und des Arztes abgehalten werden kann, muß der vollbeschäftigte Abteilungsarzt auch sehr viel Zeit der Vorbereitung auf die einzelnen Unterrichtsstunden opfern. Außerdem ist zu bedenken, daß es sich für die Schüler um eine Berufsausbildung handelt, die man nirgends auf der Welt unentgeltlich bekommen kann. Ein Kurshonorar für die Schule bzw. für den Lehrer

muß daher gefordert werden. Die Höhe desselben muß m. E. für alle Anstalten gleichmäßig festgelegt werden.

Meine Ausführungen möchte ich in folgendem Leitsatze zusammenfassen:

Wir stehen nach wie vor auf dem Boden des Referates von *Vocke*, daß eine gründliche Ausbildung des Pflegepersonals in den bayrischen Heil- und Pflegeanstalten stattfinden muß. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß eine Ausbildung des Pflegepersonals im Sinne der Vorschriften der staatlichen Krankenpflegeschulen, namentlich die praktische Ausbildung in den verschiedenen Sparten der speziellen Krankenpflege in Anbetracht des spärlichen Materials nicht ohne weiteres möglich, und daß es daher nicht gerechtfertigt ist, den Schülern nach bestandener Prüfung das Anerkennungsdekret als „staatlich geprüfter Krankenpfleger" auszuhändigen. Vorläufig wird man es bei dem bisherigen Modus belassen, indessen mit allem Nachdruck darauf hinweisen müssen, daß für das Pflegepersonal an den Heil- und Pflegeanstalten einige Lehr- und Prüfungsvorschriften erlassen werden, welche „die Pflege Geisteskranker" in den Vordergrund stellen. Nach besonderer Prüfung sollen die Schüler ein Diplom als „staatlich geprüfter Irrenpfleger" erhalten [1]).

[1]) Die Resolution wurde einstimmig von der Versammlung angenommen. Besonders betonen möchte ich noch, daß es nicht zweckmäßig wäre, wenn in den einzelnen Ländern und Provinzen eigene Prüfungsvorschriften erlassen würden, sondern daß diese Frage einheitlich für das ganze Deutsche Reich gelöst werden sollte. (Verf.)

Die Schwesterneinrichtung des Freistaates Sachsen.

Von

Geh. Regierungsrat D. **Joh. Naumann,** Rektor des staatlichen Schwesternhauses zu Arnsdorf (Bez. Dresden).

Es ist mir von psychiatrischer Seite nahe gelegt worden, einen Überblick über die Entstehung und weitere Entwicklung der staatlichen Schwesternpflege im Freistaat Sachsen zu geben, da die Einrichtung dieser Schwesternpflege in erster Linie den Heil- und Pfleganstalten für Geisteskranke dient. Dieser Aufforderung komme ich um so bereitwilliger nach, als ich von verschiedensten Seiten immer wieder erfahren habe, daß nicht nur in den Ländern und Provinzen Deutschlands, sondern auch in außerdeutschen, besonders den nordischen Ländern, Interesse für unsere Einrichtungen vorhanden ist.

I. Begründung.

Am 1. Oktober 1888 wurde von der sächsischen Staatsregierung in dem geschichtlich denkwürdigen Schlosse Hubertusburg ein „Pflegerinnenhaus" zur Ausbildung von Pflegekräften für die sächsischen Heil- und Pflegeanstalten eröffnet. Der Verwaltungsbericht der IV. Abteilung des Ministeriums des Innern auf die Jahre 1886—1891, erstattet vom Abteilungsdirektor Geheimen Rat *Jäppelt*, schreibt darüber (1. Teil, Abteilung C, 3. Abschnitt S. 53 ff.):

„Seit Jahrzehnten war von den Ärzten der Landespflegeanstalten über die Schwierigkeit geklagt worden, ein geeignetes, seiner Aufgabe gewachsenes Wärterpersonal zu erlangen und zu erhalten. Wiederholte auf Antrag der Anstaltsdirektionen bewilligte Lohnerhöhungen hatten den Überstand nicht beseitigt. Die vom Jahre 1869 an ins Leben getretene Wärterpensionskasse hat zwar ihren nächsten Zweck, die dem Wärterpersonale angehörigen Bediensteten durch Gewährung von Pensionen bei eintretender Invalidität vor dem Anheimfallen an die gewöhnliche Armenversorgung zu bewahren, erfüllt; ein wesentlicher Einfluß derselben auf die Erlangung eines besseren Wärterpersonals ist aber nicht bemerkbar geworden.

Der hauptsächliche Übelstand lag vielmehr darin, daß bei der seitherigen Einrichtung die Wärter und Wärterinnen ohne inneren Beruf und ohne irgend welches Verständnis für die Wichtigkeit ihres Dienstes, lediglich des augenblicklichen Broterwerbes wegen, in diesen eintraten und ihn wieder verließen, sobald sich ihnen anderwärts willkommenere Aussichten boten. Man mußte immer schon damit zufrieden sein, wenn bei jeder Anstalt wenigstens ein kleiner Stamm von besseren Elementen dauernd erhalten blieb.

Bei dem ernsten und schweren Berufe des Pflegerdienstes ist aber neben sittlicher Unbescholtenheit, Gesundheit, Umsicht und Geschicklichkeit auch ein gewisser Grad von Bildung, ganz besonders aber ein höherer Grad von Herzensbildung, wie sie in den Bildungsstätten der inneren Mission erstrebt wird, nicht zu entbehren.

Der naheliegende Versuch, das Pflegepersonal für die Landesanstalten aus den Bildungsstätten der inneren Mission zu beziehen, bot keine Aussicht auf Erfolg, weil auf diesem Wege die für die Landesanstalten erforderliche Zahl von etwa 800 Pflegern und Pflegerinnen nicht zu erlangen sein würde.. Die Verwaltung der Landesanstalten bleibt daher darauf angewiesen, ihren Bedarf für den Pflegerdienst selbst heran zu bilden.

Der Gedanke, diese Heranbildung von Pflegern und Pflegerinnen aus geeigneten Elementen durch zweckentsprechenden Unterricht unter verständiger geistlicher Leitung ins Werk zu setzen, ist in dem Berichte vom 5. August 1886 über einen Besuch in Bielefeld angeregt worden.

Nachdem der bezügliche Vorschlag die Genehmigung des Herrn Staatsministers des Innern erlangt hatte, sind zunächst von sämtlichen Anstaltsgeistlichen und sodann von den beteiligten Anstaltsdirektoren und den denselben beigegebenen Ärzten Gutachten über die zu treffenden Einrichtungen eingefordert worden, worauf die betreffenden Vorarbeiten nach Überwindung mehrfacher durch voneinander abweichende Ansichten erwachsener Schwierigkeiten im Jahre 1887 zum Abschlusse gelangten, so daß mit Verordnung vom 15. Dezember 1887 die Grundzüge der neuen Einrichtung zur Einführung gelangen konnten.....,

Nach den oben erwähnten Grundzügen bestehen an Bildungsanstalten für das Pflegerpersonal 2 Pflegerhäuser: Eines für männliche Pfleger zu Hochweitzschen, eines für weibliche Pfleger zu Hubertusburg, welche den in der Ausbildung Begriffenen zur gemeinschaftlichen Aufenthalts- und Unterrichtsstätte dienen, während die Ausgebildeten und als Pfleger bei einer Landesanstalt Angestellten die Pflegerschaft des betreffenden Hauses bilden und darin ihre gemeinsame Heimstätte finden.

Bei Anstalten, welche nicht Sitz des betreffenden Pflegerhauses sind, werden Zweigstätten der Pflegerhäuser, Pflegerheime, unter der Leitung eines geeigneten Anstaltsbeamten errichtet, welche den Pflegern das Pflegerhaus ersetzen und ihren dauernden Zusammenhalt mit demselben vermitteln. Die ausgebildeten Pfleger oder Pflegerinnen bringen in dem betreffenden Pflegerhause bezw. Pflegerheime ihre dienstfreie Zeit zu und finden darin Erholung in geselligem Verkehr und durch Benutzung zweckmäßiger Bildungs- und Erheiterungsmittel.....

Das Pflegerhaus für weibliche Pfleger wurde in einem Teile des Hauptschlosses zu Hubertusburg unter Leitung des besonders hierzu

angestellten P. Joh. Naumann am 1. Oktober 1888 mit 29 Probepflegerinnen eröffnet.....

Was nun die Erfahrungen anlangt, welche seit Einführung der neuen Pflegereinrichtung bei den betreffenden Anstalten gemacht worden sind, so müssen dieselben im allgemeinen als günstige bezeichnet werden. In den Berichten der verschiedenen Anstaltsdirektoren wird in dieser Beziehung namentlich folgendes hervorgehoben:

1. Während früher das auf Zeitungsannoncen hin angenommene Personal ohne jede Vorbereitung in den Dienst eingestellt werden mußte, findet jetzt schon im Pflegerhause eine Sichtung dieses Personals statt.

2. Die aus dem Pflegerhause Kommenden zeichneten sich durch anständigeres Verhalten, durch einen besseren Ton und durch verständnisvollere Auffassung ihres Berufs aus.

3. Die gemeinsame Ausbildung im Pflegerhause erzeugt ein gewisses berechtigtes Standesbewußtsein, indem sich der einzelne als ein notwendiges Glied im Anstaltsorganismus fühlen lernt.

4. Die in der Pflegerschaft gegebene enge Gemeinschaft mit Gleichgestellten bietet dem einzelnen eine nicht zu unterschätzende moralische Stütze.

5. Die neue, die amtliche Stellung der Krankenpfleger so wesentlich hebende Einrichtung wird der Irrenpflege die von vorn herein erwartete Förderung bringen."

II. Weitere Entwicklung.

1. Die zunächst für die Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke bestimmte Einrichtung wurde auch den staatlichen Erziehungsanstalten für Blinde, Schwachsinnige und sittlich Gefährdete, später auch den staatlichen Krankenhäusern und Frauenkliniken dienstbar gemacht. Ebenso wurde eine Anzahl von Schwestern für Wohlfahrtspflege ausgebildet.

2. Einem dringenden Wunsche der immer fester zusammengeschlossenen staatlichen Schwesternschaft entsprechend wurde im Jahre 1912 die Bezeichnung „Pflegerinnenhaus" in „Schwesternhaus" umgewandelt und die Bezeichnungen „Schwester, Oberschwester, Oberin" wurden nicht nur im häuslichen Gebrauch, sondern auch im dienstlichen Verkehr eingeführt.

3. Das Schwesternhaus wurde im Jahre 1918, um günstigere Bahnverbindung zu gewinnen, an die neueingerichtete Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf (Bez. Dresden) verlegt.

4. Zahlenmäßig hat sich die Einrichtung folgendermaßen entwickelt:

Gesamtzahl zu Ende des Jahres	1893	298
	1903	415
	1913	531
	1923	961.

Ende 1923 verteilten sich diese Schwestern auf folgende Arbeitsgebiete:

	Oberinnen	Dienst-tuende Ober-schw.	Titul. Ober-schwe-stern	Schwe-stern	Hilfs-schwe-stern	Lehr-schwe-stern
Hubertusburg, Sonnenstein, Großschweidnitz, Zschadraß, Colditz, Arnsdorf, Dösen, Untergöltzsch (Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke)	2	4	14	23	13	—
	2	2	18	22	4	—
	1	4	18	30	8	—
	2	7	9	34	7	—
	1	3	5	16	1	—
	1	6	7	57	10	—
	1	4	1	53	13	—
	1	4	3	29	11	—
Hochweitzschen für Epileptische	2	4	20	30	7	—
Chemnitz, Erziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige	2	7	24	38	3	—
Königswartha für schwachs. Blinde	—	1	—	1	1	—
Grünhain, Heim für Schwachsinnige	—	—	—	1	—	—
Großhennersdorf für blöde Kinder	1	1	5	6	—	—
Bräunsdorf für sittl. Gefährdete	1	2	2	11	2	—
Zwickau, Krankenhaus	2	—	1	39	10	—
Dresden, Frauenklinik	—	2	—	14	—	—
Chemnitz, Frauenklinik	1	2	—	55	5	—
Wohlfahrtspflege in Gemeinden	—	—	—	20	—	—
Schwesternhaus	1	—	1	3	—	59
Hilfsschwesternheim Arnsdorf	—	—	1	—	59	—
„ Zwickau	—	1	—	1	61	—
	21	54	129	483	215	59

III. Ausbildung und Erziehung.

Im April und Oktober eines jeden Jahres zieht eine Schar junger Mädchen in das Schwesternhaus ein. Die Zahl schwankt zwischen 30—70. Die erforderlichen Papiere sind vorher eingeschickt, die meisten Bewerberinnen haben sich schon persönlich vorgestellt und sind bei der ärztlichen Untersuchung als gesund und leistungsfähig befunden worden. Halb scheu und halb fröhlich sehen sie sich in den freundlichen Räumen des Schwesternhauses um, in denen sie ein halbes Jahr wohnen sollen, damit die erste Grundlage ihrer Aus-

bildung gelegt wird und zugleich ungeeignete Persönlichkeiten ausgeschieden werden. Die jungen Schwestern stammen etwa zu zwei Dritteilen aus Sachsen, die übrigen aus Schlesien oder Thüringen, aber auch aus Ostpreußen, Hannover, Holstein, Brandenburg, merkwürdigerweise auch eine nicht ganz geringe Zahl aus Berlin. Die meisten aus dem mittleren und einfacheren Bürger- und Beamtenstand, dazwischen einige norddeutsche Bauerntöchter und ein kleiner Teil aus dem Arbeiterstand. Die Mischung der Stände hat sich durchaus bewährt; wenn auch bei den Freundschaften die ähnliche Vorbildung eine Rolle spielt, so treten die Klassengegensätze vollständig zurück. Es gibt bisweilen lebhafte Debatten über politische Fragen, aber die gemeinsamen Berufsinteressen sind stärker als politische Verschiedenheiten. Ebenso ist es mit den konfessionellen Unterschieden. Da der Freistaat Sachsen ein vorwiegend evangelisches Land ist, so gehören die meisten Schwestern der evangelisch-lutherischen Landeskirche an, aber zwischen diesen Schwestern sitzen friedlich Katholikinnen und Angehörige von Sekten, gelegentlich auch eine Dissidentin. Da die meisten Schwestern zu ihrer Berufswahl ganz oder doch teilweise durch religiöse Beweggründe bestimmt werden, geht naturgemäß ein warmer religiöser Grundton durch das gemeinsame Leben. Aber da alle Engherzigkeit vermieden und jeder Färbung ihr Recht gegeben wird, so dient diese Mischung zur Belebung und Bereicherung. In dieser Hinsicht sind niemals Schwierigkeiten entstanden. Vielmehr wird die Beobachtung gemacht, daß einzelne Schwestern mit einer leisen Scheu eintreten, sie möchten einer Art von geistlicher Dressur ausgesetzt werden; sie atmen frei auf, wenn sie merken, daß ihnen die Freiheit persönlicher Entwicklung völlig gewahrt bleibt und daß auch für Andersdenkende Verständnis und Duldung geübt wird.

Des Morgens ½6 Uhr wird aufgestanden. Hausarbeit, Frühstück, eine kurze Morgenandacht füllen die ersten 2 Morgenstunden, dann beginnt der ärztliche Unterricht. Über die Gestaltung und die Ziele dieses Unterrichtes wird unser Schwesternhausarzt selbst ausführlich berichten. Am vorangehenden Abend und in den freien Minuten des Morgens ist eifrig gelernt worden, es soll viel Wissensstoff dem Gehirn einverleibt werden. In der ersten Zeit macht das Sitzen und Lernen denen zu schaffen, die gewöhnt waren, sich körperlich auszuarbeiten, aber bald erwacht die Freude an den neuen Erkenntnissen und ein prächtiger Eifer, wenn sie merken, mit welcher Anschaulichkeit und Geduld unser ärztlicher Lehrer sie unterweist und auf alle Fragen und Schwierigkeiten eingeht. Nach einer Frühstückspause folgt der

weitere Unterricht: Berufsethik, schlicht bezeichnet mit dem Ausdruck „Eigenschaften einer Schwester", und Überblick über die Geschichte und die Arbeit der verschiedenen Arbeitsgebiete, nicht nur der Staatsanstalten, sondern auch der verwandten Fürsorge der Gemeinden, der christlichen oder humanen Wohltätigkeitsbestrebungen. Diesen Unterricht erteilt der Rektor des Schwesternhauses. Der Anstaltslehrer sucht das einstige Schulwissen wieder aufzufrischen. Wie oft haben wir gewünscht, Lehrer und Lehrerinnen möchten einmal zuhören und sich ein Bild davon machen, was von den Schulkenntnissen bleibt und was hoffnungslos vergessen wird.

Auch diejenigen Schwestern, die nicht eine höhere Schulbildung mitbringen und sich in der Zwischenzeit nicht geistig fortgebildet haben, sollen so weit kommen, daß sie sich vor gebildeten Kranken nicht schämen müssen. Der Gesang wird eifrig gepflegt, nicht nur in den festgesetzten Gesangsstunden, sondern wenn am Nachmittag in den lichten Sälen die Schwesternkleidung genäht wird, da klingt und singt es, und die Freude an dieser Anfertigung der eigenen Schwesterntracht und die Erinnerung an die Stunden des Zusammenseins und des Gesanges prägt sich so in die Herzen ein, daß vielen in der späteren Dienstzeit ein Heimweh nach diesen Stunden aufwacht, so daß sie am nächsten freien Tage schnell in das Schwesternhaus fahren und die alte Stätte grüßen müssen. Wie froh sind sie dort gewesen, und wie harmlos hat das junge Volk miteinander gelacht, und wie drängt es sie, der Frau Oberin wieder die Hand zu drücken, die mit ihrer unermüdlichen Fürsorge die Seele des häuslichen Zusammenlebens und Arbeitens ist!

Es ist Mittag geworden, das Essen wird aus der großen Anstaltsküche geholt, der Appetit ist gut. In der Pause nach Tisch geht es in den Garten mit seinen lauschigen Plätzchen oder in die mit Blumen geschmückte Veranda. Dort sehe ich Bücher, da eine weibliche Arbeit, allerhand kleine Kunstfertigkeiten werden geübt. Die Schwestern sollen es ja lernen, später die Räume der Kranken geschmackvoll auszuschmücken. Nach dem Nachmittagskaffee wird die Kleidung genäht, zweimal in der Woche verwandelt sich der Unterrichts- und Speisesaal in eine Turnhalle. Eine Schwester aus der Dresdner Staatsanstalt für Gymnastik kommt zu uns, nicht zu unserer Schwesternschaft gehörig, aber eng mit uns befreundet: sie sorgt dafür, daß durch schwedisches Turnen die Körper geschmeidig und beweglich werden, und daß die Atemgymnastik kunstgerecht geübt wird, um der leidigen Tuberkulose kräftig vorzubeugen. Wie schnell ist es Abend! Nach

dem Abendbrot wird gelernt oder heim geschrieben, oder dem Lichtbildervortrag des Arztes gelauscht. Abendandacht. „Gute Nacht, Frau Oberin; wir sind sehr müde." Es ist ein Glück, daß alle noch den guten Kinderschlaf besitzen; möge er ihnen lange erhalten bleiben.

Nur einmal im ersten Halbjahr werden die Schwestern eine Woche und sonst gelegentlich einige Stunden der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf überwiesen, um dort an der Arbeit und dem Tageslauf teilzunehmen, damit sie ihre künftige Aufgabe kennen lernen.

Die praktische Arbeit beginnt im zweiten Halbjahr der Ausbildungszeit. In dem staatlichen Krankenstift Zwickau, seit kurzem auf luftiger Höhe mit moderner Einrichtung neu aufgebaut, erhalten die lernenden Schwestern den ersten Einblick in die Pflege körperlich Kranker. Sie kommen auf die verschiedenen Stationen der chirurgischen und inneren Abteilung, lernend und helfend. Wir sind dankbar, daß der stellvertretende Direktor der chirurgischen Abteilung trotz seiner angreifenden Berufsarbeit den Schwestern den ärztlichen Unterricht erteilt. Augen und Ohren müssen offen sein, damit von dem vielen Neuen nichts verloren geht.

In dem neugebauten Stift hat für die lernenden Schwestern noch kein Heim gebaut werden können, deshalb wohnen sie in der Stadt Zwickau in einem Hause des früheren Stiftes. Jeden Morgen holt das keuchende Auto die junge Schar ab, die eng gedrängt sitzt und steht und schwankend hin- und hergeworfen wird. Diese Autofahrten gehören zu den dauernden Erinnerungen ebenso wie die gemütlichen freien Tage im Heim bei der mütterlichen Oberschwester.

Im dritten Halbjahr sind die lernenden Hilfsschwestern wieder in Arnsdorf in dem zum Schwesternhaus gehörigen Hilfsschwesternheim, wiederum eine große Familie unter ihrer Hausschwester. Jetzt erst wird genauere Bekanntschaft mit den Geisteskranken gemacht, in der täglichen Arbeit und im Unterricht. Der Unterschied von den körperlich Kranken wird von manchen Schwestern stark, fast wehmütig empfunden; allmählich aber wächst die Erkenntnis, daß die Irrenpflege eine gar feine Kunst ist, und daß gerade sie die Augen für das volle Verständnis des geistigen Menschenlebens öffnet. Neben dem ärztlichen Unterricht werden den Schwestern noch einige Kenntnisse aus dem psychologischen oder volkswirtschaftlichen Gebiet übermittelt. Der Ernst des Lebens macht sich nun fühlbar: die Staatsprüfung ist vor der Tür, und die verstecktesten Plätze des Hauses und des Gartens werden mit dem Buche in der Hand aufgesucht. Ist das Examen vorbei, dann heißt es stets: Wir haben es uns noch viel

schwerer gedacht. Wo aber werden wir hinkommen? Wünsche werden laut. Dieses oder jenes Arbeitsgebiet lockt. Freundinnen wollen gern beisammen bleiben; diese Schwester, die das Zeugnis als Kindergärtnerin mitgebracht hat, drängt sehr, daß sie bei blinden oder schwachsinnigen Kindern verwendet wird, sie möchte so gern weiter unterrichten. Es wird gehen, aber sie muß später noch einen Fortbildungslehrgang in der Chemnitzer Erziehungsanstalt durchmachen. Jene bittet um Hebammenausbildung. Geduld! Erst in der Klinik arbeiten, später wird es wohl gehen. Größte Spannung, wenn die Verteilung erfolgt. Nicht alle Wünsche konnten berücksichigt werden, aber die Schwestern sind verständig: Dort ist mein Platz, wo ich hingestellt werde. —

Reichlich ein Jahr ist vergangen. Die Anstellungsvorschläge für unsere Schwestern, soweit sie sich dienstlich gut bewährt haben, sind von der zuständigen Anstaltsdirektion und dem Rektor des Schwesternhauses gemeinsam eingereicht und vom Ministerium des Innern bewilligt worden. Leider fehlen einige aus der Schar: dort hat die Kraft und Gesundheit nicht ausgereicht, hier ist die Mutter gestorben und die Tochter mußte den verwaisten Haushalt übernehmen; eine Verlobungsanzeige erklärt einen weiteren Verlust; bei einer anderen Schwester reichte die Umsicht und die Willenskraft nicht aus, als die Aufgaben des Berufes in aller Schwere an sie herantraten. Es ist schade um jede Kraft, aber nur die sind rechte Schwestern, die auch fest stehen, wenn es hart hergeht. In diesem festen Willen soll der größte Tag ihres Schwesterndaseins sie bestärken, der Einsegnungstag. Eltern, Verwandte und Freundinnen sind eingeladen, das Haus ist voll, alle in der Anstalt verfügbaren Säle und Stübchen sind belegt, 150 Nachtgäste und noch mehr Tagesgäste sind zu beherbergen. Eine stille Sammlung liegt auf allen. Im Gottesdienst geloben die Schwestern die Treue in ihrem Berufe. Nicht ein klösterliches Gelübde, sondern eine freie Willenserklärung. Der Tag vergeht in herzlich-frohem Zusammensein, und der Abend bringt ernste und heitere Aufführungen. Dieser Tag darf nicht fehlen im Schwesternleben.

IV. In der Arbeit.

Was Irrenpflege bedeutet, wissen nur wenige Menschen. Wird sie nur als Broterwerb betrieben, so entsteht eine seelenlose, maschinenmäßige Geschäftigkeit; wenn aber die Persönlichkeit eingesetzt wird, so gehört eine starke innere Kraft dazu, um sich durch die mannigfaltigen Erscheinungsformen der psychischen Erkrankungen, durch den

eigenen Kampf zwischen Pflicht und Mitleid, durch quälend-angstvolle oder leise hindämmernde Nächte, durch krankhaft schreienden Undank und leidenschaftlich sich anschmiegende Zärtlichkeit hindurchzuarbeiten, bis das Gleichmaß der Seele gefunden ist, das diesen Aufgaben ohne allzu große Erschütterung gewachsen ist. Nicht alle empfinden diese seelischen Vorgänge gleichstark, aber je tiefer eine Schwester veranlagt ist, um so mehr hat sie zu kämpfen. Aber sie spürt auch nur dann mit ganzem Herzen die Freude und den Segen dieser Arbeit: das Bewußtsein, ein Halt zu sein für haltlose und liebebedürftige Menschen, die Freude an der beginnenden Wiederkehr des klaren Denkens, an der fortschreitenden Genesung und der Entlassung zu den schwerbedrückten Angehörigen, das innere Glück über einzelne Beweise fortdauernder dankbarer Erinnerung. Trotz aller Enttäuschungen, trotz aller Kämpfe ein voll ausgefülltes Menschenleben, an dessen Schluß die Inschrift stehen darf: Ich habe nicht umsonst gelebt. Nur die Ärzte der Irrenanstalten und wer sonst mit dieser Arbeit eng verbunden ist, kann hierin einen vollen Einblick haben. Doch nicht nur die Irrenpflege, auch die Schwesternarbeit in den Erziehungsanstalten, Kliniken, Krankenhäusern, in der Wohlfahrtspflege, sowie die mit Schwestern besetzten leitenden Stellen in den Anstaltsküchen, Wäschereien und Meiereien fordern die Einsetzung der ganzen Person.

Wenn in vielen nichtsächsischen Irrenanstalten Pflegerinnen oder Wärterinnen aus der Umgegend herangezogen werden, so steht diesen zumeist als Gegengewicht gegen die dienstlichen Eindrücke in den wöchentlichen Freizeiten das Elternhaus offen. Bei unseren Schwestern ist dies in der Regel wegen der weiteren Entfernung von ihrer Heimat nicht der Fall, deshalb haben wir es von vornherein als Pflicht empfunden, durch Schaffung eines engen gemeinschaftlichen Lebens den Mangel an Familienleben einigermaßen zu ersetzen. Freilich läßt sich die Gestaltung dieses Lebens nicht so einheitlich beschreiben, wie es für die Ausbildungszeit geschehen konnte. Jede Anstalt hat ihre Eigenart, ihre andere Umgebung, ihre seelische Atmosphäre. Glücklicherweise liegen fast alle Anstalten des Freistaates Sachsen in landschaftlich schöner Umgebung, so daß Ausflüge entweder von wenigen oder von einer größeren Gruppe gern unternommen werden und neue Frische bringen. Jede Anstalt hat ein Schwesternheim, in manchen Anstalten einfacher, in anderen mit einem gewissen Wohlbehagen eingerichtet. Dort haben die Schwestern, die nicht in den Krankenhäusern selbst untergebracht sind, ihre Stübchen. Meist wird dort gemeinsam zu Mittag gegessen, eine ältere Heimschwester sorgt für Behaglich-

keit und steht den jüngsten, wenn sie einmal das Fremdsein und das Heimweh drückt, mit mütterlicher Anteilnahme und Rat zur Seite. Der Anstaltsgeistliche — als Schwesternheimvorsteher — hält Schwesternabende zur Anregung und inneren Auffrischung. Der Anstaltslehrer zieht die dafür befähigten Schwestern gern zu Aufführungen und Konzerten für die Kranken heran. Angehörige, Schwestern einer anderen Anstalt, auch die im Ruhestand befindlichen Schwestern der betreffenden Anstalt kommen zu Besuch und bringen reichliche Abwechselung. Vor der Tür ist etwa ein Gärtchen, in dem einzelne Schwestern ihre Blumen oder Erdbeeren oder Küchengemüse ziehen. Gemeinsame Angelegenheiten werden besprochen, ernst oder heiter; die Bibliothek des Schwesternheims oder der Anstalt sorgt für bildende oder unterhaltende Bücher, wenn der Regen an die Scheiben schlägt; es gibt viel bildungseifrige Schwestern. Ist aber die Zeit des großen Jahresurlaubes vorbei, so ist viel zu erzählen, denn nicht wenige unserer Schwestern sind reiselustig. Nach der gleichförmigen Arbeit sind neue Eindrücke so wünschenswert. Zwar ist es nicht gerade nötig, daß eine Schwester in Neapel das Bein bricht und sich von Nonnen verpflegen lassen muß, oder in Norwegen krank wird, aber Reisen gehört zur Eigenart unserer älteren Schwestern — wenn das Geld reicht. Wie lauschen aber die jungen Schwestern, wenn eine ihrer älteren Kameradinnen ihre Erinnerungen aus der Kriegskrankenpflege in einem der Innenlazarette oder in Sedan erzählt, von den Qualen der Gasvergifteten oder von den erschütternden Erlebnissen am Todeslager unserer Krieger! —

Aus dem Schwesternhause kommt Besuch, die Oberin oder der Rektor des Schwesternhauses. Da werden die Fragen besprochen, welche die gesamte Schwesternschaft bewegen. Und wenn am Anfang eines jeden Vierteljahres „Unser Blatt“ eintrifft als ein Gruß aus dem Mutterhause mit den Mitteilungen über Anstellungen und Beförderungen, Eintritt in den Ruhestand und sonstige Erlebnisse in der Schwesternschaft sowie mit allerlei kleinen Artikeln aus der Arbeit in den verschiedenen Anstalten oder im Schwesternhause, da wird wenig gesprochen, denn alle sind sofort ins Lesen vertieft. Es ist unser Stolz, daß es gelungen ist, ein Gemeinschaftsbewußtsein zu gewinnen, von dem nur sehr wenige nicht berührt sind.

Es tauchen besondere Wünsche in den Anstalten auf, welche die allgemeine dienstliche Stellung oder etwa die Schwesternkleidung oder die Kostabzüge betreffen. Diese Wünsche gehen an die gewählte Vertreterin. Sie trägt sie auf dem nächsten Vertreterinnentage

im Schwesternhause oder in Dresden vor, und es wird bisweilen sehr lebhaft debattiert, zuletzt aber fast immer ein einheitlicher Beschluß gefunden. Die Schwestern sind dem Ministerium des Innern dankbar, daß es den Anregungen dieses seit 1912 bestehenden Schwesternausschusses jederzeit, wo es nur irgend möglich war, Beachtung geschenkt und Wünsche erfüllt hat. Es ist deutlich zu spüren, daß die Schwestern selbst durch diese Einrichtung ein weit stärkeres Gefühl von Selbstverantwortung gewonnen haben.

Zur Zeit ist leider die Zahl der Schwestern in den Anstalten knapp geworden. Der Beamtenabbau und andere Gründe, die mit politischen Zeitschwankungen zusammenhängen, haben die Zahl der Schwestern um mindestens 100 vermindert. Infolgedessen ist das normale Verhältnis der Schwestern zu den ihnen beigegebenen Hilfswärterinnen und Hausmädchen ungünstig verschoben, und die Kräfte werden teilweise auf das Äußerste angestrengt. Es ist aber zu hoffen, daß bei ruhiger Weiterentwicklung der wünschenswerte Normalsatz, nach welchem in den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke die weiblichen Pflegekräfte zu zwei Drittel aus Schwestern, zu einem Drittel aus Hilfswärterinnen und Hausmädchen bestehen, allmählich wieder hergestellt wird. Wegen dieser Schwesternknappheit haben auch an verschiedenen Anstalten Schwestern von den Abteilungen geisteskranker Männer, die wegen körperlicher Hinfälligkeit der weiblichen Pflege bedürfen oder die, fern von der eigenen Häuslichkeit, das Umsorgtwerden von einer Frau wohltuend empfinden, ganz oder teilweise zurückgezogen werden müssen.

Die Oberschwestern und Oberinnen werden aus der Zahl der bewährten Stationsschwestern entnommen, zumeist unter Versetzung an eine andere Anstalt, da sie erfahrungsgemäß dort leichter die erforderliche Unparteilichkeit und Selbständigkeit gewinnen. Auch sonst finden Versetzungen statt, entweder aus dienstlichen Gründen oder auf begründeten persönlichen Wunsch: Eine Anstalt hat wohl reichlich junge Schwestern, aber es fehlt an erfahreneren Stationsschwestern, bei einer anderen ist das Gegenteil der Fall. Eine junge Schwester kann sich an die Eigenart der Epileptischen nicht gewöhnen, eine andere bittet mehr in die Nähe ihrer alten kränklichen Eltern versetzt zu werden. Hilfsschwestern werden vom Schwesternhause unter Verständigung mit der zuständigen Anstaltsdirektion versetzt, angestellte vom Ministerium des Innern.

Für Schwestern, die einer Erholungskur bedürfen, ist in Bad Elster die Forstvilla, eine frühere Oberförsterei, mit zwanzig Betten

zur Verfügung gestellt. Soweit der Raum nicht für Kurzwecke nötig ist, verleben auch andere Schwestern dort ihren Urlaub, und die Heimschwester setzt ihre ganze Kraft daran, daß sie wesentlich schwerer ihr Heim verlassen. Diese Wochen frohen gemeinsamen Lebens sind für viele eine liebe Erinnerung.

V. Dienstbezüge.

Die Lehrschwestern erhalten während des ersten Halbjahres freie Station und ein monatliches Taschengeld von 7,50 Mark, die Hilfsschwestern im zweiten Halbjahre 65 %, im dritten 75 % der III. Besoldungsgruppe. Die angestellten Schwestern werden in die III. Besoldungsgruppe eingestellt, etwa der vierte Teil rückt in die IV. Gruppe auf, die Oberinnen und ein Teil der Oberschwestern in die V. Gruppe. Die Selbstkosten des Staates für Kost, Wohnung usw. werden abgezogen. Für die erste Schwesternkleidung, die im Schwesternhause von den Schwestern selbst gearbeitet wird, werden die Stoffe und Zutaten gemeinsam beschafft, der Betrag wird vom Staate vorgeschossen und von den Schwestern allmählich zurückgezahlt. Die Schwesternkleidung wird nicht nur im Dienst getragen, sondern — von besonderen Ausnahmefällen abgesehen — auch in der Freizeit.

VI. Altersfürsorge.

Das Ruhegehalt der Schwestern richtet sich nach den für Staatsbeamte geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Die Schwesternschaft hat aber unter wohlwollender Unterstützung der Staatsregierung auf genossenschaftlichem Wege in Langebrück bei Dresden zwei schöne große Grundstücke als Alters- und Erholungsheim erworben, in welchen zurzeit 26 im Ruhestand befindliche Schwestern wohnen. Außer einem Mietbeitrag der Schwestern werden die Kosten für das Altersheim und für die Unterhaltung des Heimes in Bad Elster von einer gemeinsamen Wirtschaftskasse getragen, zu welcher alle Schwestern freiwillig von ihren Bezügen einen entsprechenden Beitrag zahlen. Aus dieser Kasse können auch bei besonderen Nöten einer Schwester Beihilfen gegeben werden, soweit nicht die Schwestern der betreffenden Anstalt in der Stille helfen. Auch haben die Schwestern und andere Freunde der Schwesternsache innerhalb und außerhalb der Staatsregierung dem Rektor des Schwesternhauses die Möglichkeit in die Hand gegeben, dort unvermerkt zu helfen, wo bei pensionierten oder im Dienst befindlichen Schwestern eine schwere Notlage eintritt.

Wie lange dauert durchschnittlich das Dienstalter der Schwestern? Die Frage ist statistisch schwer zu beantworten, weil ein falsches Ergebnis entstehen würde, wenn diejenigen Abgänge voll ins Gewicht fielen, die in den ersten Jahren erfolgen. Im ganzen kann gesagt werden: Während der ersten 10 Dienstjahre nach der Anstellung blättert etwa die Hälfte der Schwestern ab, dann werden die Abgänge viel seltener, so daß wir eine große Zahl von Schwestern haben, die zwei oder auch drei Jahrzehnte im Staatsdienste stehen. Als im Jahre 1913 bei herrlichem Wetter und unter glänzender Beteiligung von Seiten der Anstalten und der Staatsregierung das 25 jährige Jubiläum des Schwesternhauses in Hubertusburg gefeiert wurde, waren freilich nur noch 4 Schwestern im Anstaltsdienste, die den ersten Anfang mit erlebt hatten. Von ihnen ist eine Oberin kürzlich in den Ruhestand getreten, eine Oberschwester aber ist noch jetzt nach 36 Jahren rüstig in ihrem Dienste. Es muß dabei geltend gemacht werden, daß der Anstaltsdienst in den ersten Jahrzehnten der Schwesterneinrichtung weit schwerer war als jetzt, indem günstigere Bedingungen für Freizeiten und die scharfe Trennung von Tag- und Nachtdienst erst allmählich erzielt worden ist. Andererseits kann nicht verschwiegen werden, daß die körperliche Leistungsfähigkeit der jungen Schwestern infolge der Jahre der Unterernährung nicht dieselbe ist wie bei den älteren Schwestern, und daß deshalb insbesondere der Kampf gegen die Tuberkulose mit allem Nachdruck geführt werden muß, während wir früher stolz darauf waren, daß infolge der Sorgfalt bei der Aufnahme und entsprechender weiterer Fürsorge Lungenerkrankungen selten waren. Auch wir haben unseren Anteil an der Not der Gegenwart zu tragen. Alle Schwestern gehören dem Krankenunterstützungsverein Sächsischer Staatsbeamter an.

VII. Abschluß.

Im Laufe der Jahrzehnte hat sich die Eigenart unserer Schwesterneinrichtung immer klarer und folgerichtiger entwickelt. Die Schwierigkeit des Berufs bleibt bestehen, und daß überall durch Menschlichkeiten und Schwächen die idealen Ziele nicht so voll verwirklicht werden können, wie sie in der Idee vor uns stehen, wird jeder für selbstverständlich finden, der das Menschenleben kennt. Aber es kann wohl mit Recht gesagt werden: Die Bedeutung der sächsischen staatlichen Schwesterneinrichtung für die Geschichte der Kranken- und Irrenpflege liegt darin, daß durch dreieinhalb Jahrzehnte hindurch mit günstigem Erfolge der

Versuch durchgeführt worden ist, die Vorteile einer gesicherten staatlichen Beamtenstellung mit den Gemütswerten einer festgeschlossenen, das Familienleben bis zu gewissem Grad ersetzenden Schwesterngemeinschaft zu verbinden. Dadurch erhalten die Anstalten einen festen Stamm von Schwestern, welche die Irrenpflege als Lebensberuf ergriffen haben und mit Hingebung ihrer ganzen Persönlichkeit ausüben.

In dem ersten Jahrzehnt mußten gewisse Reibungen überwunden werden, die Grenzen der Befugnisse der Anstaltsdirektionen und des Schwesternhauses mußten auf Grund der Erfahrung gefunden und festgestellt werden. Mit rückhaltlosem Dank muß anerkannt und ausgesprochen werden, daß durch das verständnisvolle Entgegenkommen und die tätige Mitarbeit der Anstaltsdirektoren an dem Gelingen der Schwesterneinrichtung ein vertrauensvolles Zusammenarbeiten geschaffen worden ist. So war es eine gute Stunde, in welcher die sächsische Staatsregierung die Schwesterneinrichtung schuf, die sie mit gleichem Wohlwollen durch die Jahrzehnte hindurch geleitet und gefördert und auch durch schwere Zeiten hindurchgerettet hat.

Wenn es dem Schreiber dieser Zeilen noch gestattet ist, ein persönliches Wort hinzuzufügen, so ist es dieses, daß er auf eine Lebensarbeit zurücksieht mit dem Gefühl, daß sie nicht leicht war und eine volle Menschenkraft gebraucht hat, daß er aber im innersten Grunde seines Herzens dafür dankbar ist, daß ihm ein so wichtiges Werk in die Hand gelegt wurde, das ihm viel Liebe und Anhänglichkeit eingetragen hat, vielfach unverdienterweise, weil er einen großen Teil dieses Lebensgeschenks seinen getreuen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen verdankt.

Die ärztliche Ausbildung der Schwestern im staatlichen Schwesternhause Arnsdorf i. S.

Von

Regierungs-Medizinalrat Dr. **Sagel**-Arnsdorf (Bez. Dresden).

Dem Hauptziele des staatlichen Schwesternhauses Arnsdorf, der Heranbildung tüchtiger Irrenpflegerinnen für sämtliche sächsische Heil- und Pfleganstalten, ist der ärztliche Schwesternunterricht angepaßt. Er sieht zunächst eine gründliche Ausbildung der Schülerinnen in der allgemeinen Krankenpflege, dann aber auch noch eine ausgiebige in der speziellen Irrenpflege vor. Das Ziel ist also weiter gesteckt als das der Krankenpflegekurse. —

Die Grundlage der allgemeinen Krankenpflege ist für den Irrendienst unbedingt erforderlich, weil einmal sehr viele Seelenstörungen schon mit schweren körperlichen Erkrankungen, mit Lähmungen und Siechtum an und für sich vergesellschaftet sind, weil zweitens in Rücksicht auf das ungeordnete und oft recht unsaubere Verhalten von Geisteskranken ein Verständnis des Personals für Infektion und für Reinlichkeit im hygienischen Sinne von größter Wichtigkeit ist und weil schließlich jeden Augenblick körperliche Erkrankungen jeder Art, Infektionen wie Grippe, Diphtherie, Typhus, Ruhr, Tuberkulose, Lungenentzündungen und allerlei Verletzungen, selbst Arm- und Beinbrüche bei einem Geisteskranken eintreten können, ohne daß man dann im allgemeinen die Füglichkeit besitzt, den betreffenden Kranken in eine seinem körperlichen Leiden entsprechende Spezialanstalt zu verlegen. Die Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege allein reicht aber zur Irrenpflege nicht aus. — Das ist eine alte bekannte Tatsache, die von neuem während des Krieges, wenn man mit nicht spezialistisch geschultem Personal Geisteskranke zu behandeln gezwungen war, immer wieder bestätigt worden ist. Die Kranken selbst und ihre nähere und weitere Umgebung, das Personal und sogar die Allgemeinheit werden bei den unsachgemäßen und verständnislosen Dienstleistungen ungeschulten Personals ständig gefährdet. —

Die Besonderheiten der Krankheitsäußerungen von Geisteskranken, ihre weitgehenden Charakterveränderungen, ihre häufige Gefährlichkeit für sich und andere, ihre Unzuverlässigkeit, die jähen Stimmungsschwankungen, die Impulsivität und ihre nach dem Laieneindruck oft scheinbare Tücke, die in Wirklichkeit recht oft Folge von quälenden Sinnestäuschungen sind, von befehlenden oder verbietenden Halluzinationen, von Täuschungen des Körpergefühles, von vermeintlichen körperlichen Beeinflussungen und Einwirkungen, alle die Eigenarten, Manieren, Schrullen und Wunderlichkeiten der Geisteskranken setzen für eine sinngemäße, angemessene, liebevolle, ersprießliche und erfolgreiche Pflege die genaue Kenntnis des Personals von all diesen Zuständen, das Bewußtsein, daß alle diese für die Umgebung oft sehr unbequemen Symptome Krankheitsäußerungen sind, den guten Willen und die Fähigkeit des Personals, sich in solche Zustände hineinzufühlen, voraus. Auch der Blick für drohende Verschlechterung des Zustandes, für die ersten Zeichen einsetzender Erregung, für das Auftreten von Halluzinationen, die oft von den Kranken geflissentlich verheimlicht werden, kann nur durch intensive spezialistische Anleitung geschärft werden. Diese Fähigkeiten des Irrenpersonals sind unbedingte Voraussetzungen für den einwandfreien Ablauf des Stationsdienstes, für die Sicherheit auf den Abteilungen und zur Verhinderung schwerer katastrophaler Unfälle und Versehen. Sie heben das Personal aber auch auf die Höhe wertvoller Helfer und Mitarbeiter des Arztes empor. Dieser rein ärztliche Unterricht geht Hand in Hand mit dem geistlich-pädagogischen und ist mit ihm eng verwoben. Denn neben den Ansprüchen auf Kenntnisse, Können und Beobachtungskunst müssen an das Irrenpersonal ganz besonders auch solche auf bestimmte Eigenschaften gestellt werden, namentlich auf aufopfernde, selbstlose Pflichterfüllung, auf Zuverlässigkeit, auf Selbstbeherrschung und auf Herzensgüte. — Namentlich die Selbstbeherrschung wird oft schwer auf die Probe gestellt. Wenn Kranke auf Grund ihrer Wahnvorstellungen oder in impulsiver Erregung die Schwestern angreifen, beschimpfen oder verdächtigen und wenn nun gar noch unvernünftige Angehörige, deren es leider recht viele gibt, in dasselbe Horn blasen oder wenn durch ungeordnete Kranke die Ordnung und Sauberkeit auf der Abteilung immer wieder zu schanden gemacht wird, findet sich reichlich Gelegenheit, jene Tugend zu betätigen, die nicht schilt, wenn sie gescholten wird, und nicht hadert, wenn sie leidet. — Oft gilt es tröstend und aufrichtend zu wirken, oft geduldig, immer gütig von Herzen zu sein, ohne sich

durch die oft erschütternde Tragödie des Irreseins zu falschen Gefühlstönungen, zu einer schwächlichen, törichten Gutmütigkeit hinabdrücken zu lassen, die bisweilen in verhängnisvoller Weise den dringenden Wünschen der Kranken entgegenkommt. Denn diesem Fehler verfällt das nicht in Irrenpflege ausgebildete Personal eben so leicht wie dem gegenteiligen, nämlich einer grausamen Härte, die eine Tücke und Schlechtigkeit oder mystische Dämonie und Zauberei oder eine Besessenheit im Irrsinn sieht und dementsprechend bekämpft und mißhandelt. Denn die mittelalterlichen Hexenprozesse mit ihren schwälenden Scheiterhaufen werfen ihre düsteren Schatten noch bis in unsere Tage hinein.

Der ärztliche Unterricht gestaltet sich folgendermaßen: Der Lehrgang der Lehrschwestern dauert 1½ Jahre. — Er gliedert sich in drei Teile, die sich abwechselnd in Arnsdorf, in Zwickau und dann wieder in Arnsdorf abspielen.

Der Grund für die Verlegung der Ausbildung an die verschiedenen Örtlichkeiten liegt darin, daß am Orte des Schwesternhauses, in Arnsdorf, zu wenig körperliche Krankheiten vorkommen, so daß es für die praktische Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege am nötigen Material mangelt. Dieses ist im staatlichen Krankenstift Zwickau reichlich vorhanden. Mit einer Verlegung des ganzen Schwesternhauses nach Zwickau würde aber nichts gewonnen sein. Denn es würden dann wieder die Geisteskranken und überhaupt die Irrenanstalt zur praktischen Ausbildung in der Irrenpflege fehlen. Da in erreichbarer Nähe ein zum Unterricht geeignetes Krankenhaus für körperliche Leiden nicht vorhanden ist, macht sich die Übersiedlung der zweiten Semester nach Zwickau nötig.

Die Lehrschwestern werden zunächst ein halb Jahr in Arnsdorf theoretisch in der allgemeinen Krankenpflege ausgebildet. Sie werden unterrichtet in der Lehre vom Bau und von den Verrichtungen des menschlichen Körpers, in der allgemeinen Lehre von den Erkrankungen und ihren Erscheinungen, Fieber, Puls, Atmung, Kurve, Asepsis und Antisepsis, in der Lehre von den Einrichtungen in Krankenräumen, in der Lehre von der Krankenwartung, in der Lehre von einzelnen besonders wichtigen Krankheiten, wie Tuberkulose, Typhus, Ruhr, Scharlach, Masern, Diphtherie, Keuchhusten, Grippe, Rose, Tollwut, Krebs, über gesetzliche Bestimmungen und Verhalten dem Arzte, den Kranken und Angehörigen gegenüber, kurz mindestens über alles das, was im Krankenpflege-Lehrbuche, das von der Medizinalabteilung des Königl. Preußischen Ministerium des Innern herausgegeben

rden ist, enthalten ist. Nur die Kapitel VII, VIII und XIII, die n Hilfeleistungen bei Unglücksfällen und Vergiftungen, von Hilfe- tungen bei der Wundbehandlung, von Notverbänden, Vorbereitun- des Verbandmaterials und der Instrumente und von den wichtigsten undsätzen der Wochen- und Säuglingspflege handeln, werden grund- zlich nicht in Arnsdorf durchgenommen, sondern bleiben dem rankenstift Zwickau vorbehalten. Im ersten Halbjahre werden die hrschwestern auch auf eine Woche zur Orientierung auf Geistes- ankenabteilungen geschickt. Vorher werden sie in einer Stunde rz über die wichtigsten Punkte bezüglich des Verhaltens auf Irren- teilungen unterwiesen. Besonders wird ihnen Vorsicht im Verkehr it Geisteskranken ans Herz gelegt, daß sie sich nicht übertölpeln sen, sich nicht in falschem Mitleid oder in gutmütig-dummer Ver- uensseligkeit zu Heimlichkeiten, Briefepaschen oder Türeoffenlassen ßbrauchen lassen. Auch werden ihnen die schlimmen Konsequenzen, e unbesonnenem oder fahrlässigem Verhalten entspringen können, schildert. Es werden im ersten Halbjahr etwa 105 ärztliche Stunden rteilt.

Im zweiten Halbjahr werden die nun zu Hilfsschwestern nannten und in die Hilfsschwesterntracht eingekleideten Schülerinnen n Zwickau ausgebildet. Es ist dies eine hauptsächlich praktische Lehrzeit auf verschiedenen inneren und chirurgischen Abteilungen, die wöchentlich durch etwa zwei theoretische Stunden ergänzt und vertieft wird. Nach diesem zweiten Halbjahr ist die allgemeine Ausbildung in der allgemeinen Krankenpflege abgeschlossen. Die Hilfsschwestern haben dann etwa 150 theoretische ärztliche Stunden erhalten und einen wertvollen halbjährigen praktischen Kurs durchgemacht.

Im dritten Halbjahr kommen die Schwestern nach Arnsdorf zurück, aber nicht ins Schwesternhaus, sondern ins Hilfsschwesternheim. Es beginnt nunmehr die spezialistische Ausbildung in der Irrenpflege. Die Hilfsschwestern werden in achtwöchentlichem Wechsel auf die verschiedenen Abteilungen zur Erlernung sämtlicher Dienstobliegenheiten verteilt. Sie kommen auf ruhige, halbruhige, unruhige Abteilungen, zu unteren und oberen Klassen und werden mit der Pflege psychotischer Männer betraut. Diese bei uns betätigte Schwesternpflege auf einzelnen ruhigen Männerabteilungen, deren Zusammensetzung natürlich mit größter Vorsicht, unter maßvollster und taktvollster Auswahl des Krankenmaterials stattfinden muß, hat sich recht gut bewährt und wird von den Kranken wegen

des die betreffenden Abteilungen durchwehenden Hauches sinniger Hausmütterlichkeit dankbar empfunden.

Auch die verschiedenen Regiedienste, wie den Dienst in der Zuputzküche, im Waschhause, in der Gärtnerei sollen die Hilfsschwestern kennenlernen.

Dabei werden ihnen wöchentlich zwei ärztliche Unterrichtsstunden, im ganzen etwa auch wieder 50 in der Psychiatrie erteilt, die zum Teil rein theoretisch sind und psychologische Fragen behandeln, wie die Lehre von den Empfindungen und Wahrnehmungen, das Gedächtnis, Assoziationen, die Lehre von den Halluzinationen, teils aber auch praktisch sind, indem ihnen verschiedene Formen des Irreseins nach dem zurzeit fast allgemein anerkannten *Kraepelin*schen System vorgestellt und erklärt werden. Auch werden die Besonderheiten des Irrenpflegedienstes hervorgehoben, der Verkehr mit den Geisteskranken, die Art der Exploration und schließlich die Gesetzesparagraphen, die für die Irrenpflege besondere Beachtung verdienen, besprochen. Es sind dies aus dem Reichs-Straf-Gesetzbuch die §§ 51 über die Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker, 222 und 230 über die Verantwortlichkeit des Personals und den Begriff der Fahrlässigkeit, § 223 über Mißhandlung, § 300 über das Berufsgeheimnis, §§ 331—333 über Bestechung und aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch § 6 über Entmündigung und § 1569 über Ehescheidung. — Endlich findet noch eine allgemeine Wiederholung des gesamten Unterrichtsstoffes statt. Im dritten Halbjahr wird zur Spezialausbildung der Leitfaden für Irrenpflege von *Scholz* und das von *Ilberg* herausgegebene Werkchen „Geisteskrankheiten" benützt.

In den drei Halbjahren erhalten die Lehr- und Hilfsschwestern im ganzen etwa 200 Unterrichtsstunden.

Als Lehrmittel stehen gute anatomische Tafeln aus dem Hygienemuseum Dresden, Atlanten, besonders von Spalteholz, anatomische Modelle und einzelne Präparate zur Verfügung.

Der Unterricht gestaltet sich im allgemeinen so, daß zunächst ein Vortrag gehalten, dann gefragt wird, ob alle die Sache verstanden haben oder jemand noch irgend eine Erklärung wünscht, und daß sodann kurz der Inhalt des Vortrages diktiert wird. Beim nächsten Unterricht wird von einer der Lehrschwestern das zuletzt Besprochene referiert. Durch Lichtbilderdemonstrationen aus dem Hygienemuseum Dresden wird der Unterricht belebt.

Über die einzelnen Arzneiformen, Verpackungen, Aufbewahrung und Darreichung derselben und über sonstige für die Schwestern

wichtige Apotheken- und Arzneiangelegenheiten werden von seiten des Herrn Anstalts-Oberapothekers in Zwickau während der dortigen Ausbildungszeit einige Unterrichtsstunden erteilt. Auch werden dort einige Hilfsschwestern zu Apothekenschwestern für die Hausapotheken der Anstalten ausgebildet.

Nach Ablauf der 1½ jährigen Ausbildung wird unter dem Vorsitz eines staatlichen Kommissars die Staatsprüfung abgelegt. Darauf werden die Schwestern je nach Bedarf an die einzelnen Anstalten verteilt.

Unsere Schwesternschaft hat sich gut bewährt. Die Durchflechtung der wissenschaftlich-ärztlichen Unterweisung mit der christlich-religiösen im Rahmen des Mutterhauses, welches die wertvollen häuslichen Tugenden herausarbeitet, unter anderem auch eine gewisse Ästhetik des Alltags, die Fähigkeit, einen Wohnraum mit geringen Mitteln sinnig und sonnig zu gestalten, den Tisch schmuck zu decken, manierlich zu servieren, hat sich im Interesse unserer Kranken als glücklich gezeigt.

Der Geist unser Schwesterschaft ist frisch und hochgemut und frei von zelotischer Duckmäuserei. Das Gefühl der großen Schicksals- und idealen Zielgemeinschaft hebt und stärkt die einzelnen und das der Zugehörigkeit zum großen Mutterhause mit etwa 1000 Schwestern gibt ihnen eine zweite Heimat und ersetzt ihnen zum Teil die Familie. —

Wir werden von vielen um unserer Schwesternschaft willen beneidet. Wir wollen des guten Weges froh ihn rüstig weiter gehen.

Die Pflegereinrichtung des Freistaates Sachsen.

Von

Paul Naumann,

Rektor des staatlichen Pflegerhauses Sonnenstein.

Ein oder zweimal im Jahr wird im sächsischen Landtag von den Pflegern an den Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, von ihrer Tätigkeit und ihren Bezügen gesprochen, hier und da wird einmal ihre Existenz in den Fachblättern gestreift, sonst nimmt die große Öffentlichkeit kaum Notiz von ihnen. Nur die Angehörigen der männlichen Verpflegten unserer Anstalten wissen von ihnen, und in der Umgebung der Heilstätten kennt man die — bisher blaue, jetzt — feldgraue Dienstkleidung und die Mütze mit dem sächsischen Wappen. Kein Jahresbericht geht ins Land, der von der stillen Tätigkeit erzählt, die die Irrenpflege Tag um Tag leistet, kein Inserat steht in der Zeitung, das neue Kräfte sucht und dadurch die Gedanken der Leser hinlenkt auf eine Einrichtung, die schon bald 40 Jahre sich bewährt hat. Und doch ist diese verborgene Tätigkeit, der Aufbau, die Gesamtorganisation der staatlichen Pflegerschaft an den Landesanstalten ein überaus wichtiger Bestandteil der Fürsorge für die Geisteskranken des Landes, der es verdient, daß auch weitere Kreise in sein Werden und Wachsen, in die Grundzüge seiner inneren Zurüstung und seiner verantwortungsreichen Arbeit einen Einblick erhalten.

Das Jahr 1888.

All die Gründe, die für die schon oben dargestellte Entstehung des Schwesternhauses Hubertusburg maßgebend gewesen sind, haben auch zur Einrichtung des Pflegerhauses Hochweitzschen geführt. Es ist ja ein und derselbe Grundgedanke gewesen, den die sächsische Regierung mit der Gründung dieser beiden Häuser in die Tat umsetzte, nämlich: das gesamte Pflegepersonal sich selbst heranzuziehen und es durch gute Ausbildung und wirtschaftliche Sicherstellung auf erwünschter Höhe zu erhalten. Man hatte mit den Kräften, die bisher zur Verfügung standen, wenig erfreuliche Erfahrungen gemacht, und manches Seufzen war laut geworden. Von der Straße kamen sie, durch die Zei-

tung wurden sie gesucht, und dann standen sie in den Stationen, waren Wärter, die den Geisteskranken in ihrer schweren Lage zur Seite stehen sollten und die doch von verantwortlicher Pflege nichts verstanden, denen oft alle innere Reife fehlte, sich in den Geist der Anstalt und in die seelische Verfassung ihrer Kranken einzuleben. Jede Anstalt hatte zwar wenigstens einen Stamm guter und treuer Elemente, und sie war froh darüber, aber daneben stand doch der dauernde Wechsel und die Unzuverlässigkeit derer, die man angenommen hatte und annehmen mußte, weil man sie brauchte. Eine grundlegende Änderung war nötig. Und dazu kam, daß die Mängel der bestehenden Einrichtung, die die Annahme von Pflegekräften abhängig machte von dem zufälligen Angebot arbeitsloser Männer, noch besonders fühlbar wurden durch das starke Anwachsen des Bestandes in den Landesanstalten. In den Jahren von 1850—1890 ist die Zahl der verpflegten Geisteskranken von 913 auf 3443 gestiegen, d.h. die staatliche Fürsorge war vor neue große Aufgaben gestellt, neue Anstalten mußten errichtet werden, die Sorge für die Unglücklichen des Landes rückte mehr in den Vordergrund als bisher, die Frage nach Heilung der Kranken wurde stärker betont, die reinen Versorgungsanstalten verschwanden, und in dieser Zeit eines weitausschauenden Ausbaues der Landesanstalten setzt ein jene Neuordnung, die eine völlige Umwälzung und eine Ablösung des Wärterpersonals herbeigeführt hat. Der Staat nahm die Ausbildung der Pflegekräfte für die Landesanstalten selbst in die Hand. Im Jahre 1888 wurde das Pflegerhaus zu Hochweitzschen eröffnet.

Nach zwei Richtungen war diese Eröffnung eines staatlichen Pflegerhauses vor allem von entscheidender Bedeutung: es kamen nur Kräfte, die sich eigneten und die für ihren Beruf vorgebildet waren, in den Dienst an den Landesanstalten, und dann: die Pfleger erhielten Beamteneigenschaft, und dadurch war verbürgt, daß ein Kommen und Gehen, wie es mit dem Wärterpersonal verbunden war, mit einem Schlage zu Ende ging. Um die Härten des Übergangs auszugleichen, wurden die guten Kräfte unter den Wärtern mit herübergenommen, von denen heute noch drei treu im Dienste stehen. Es ist Sachsen gewesen, das als erster von allen deutschen Staaten den Weg beschritten hat, seine Pfleger der staatlichen Beamtenschaft einzureihen, und das ist zum Segen für die Krankenpflege an den Landesanstalten geworden.

Weitere Entwicklung.

Seit 1888 ist die Zahl der Pfleger leise, aber beständig gestiegen, nur zwei Ereignisse haben dieses Wachstum einschneidend unter-

brochen. Die Kriegsjahre brachten den herben Verlust von 63 Gefallenen und Vermißten, und das Abbaugesetz vom Frühjahr 1924 verminderte die Gesamtzahl der Pfleger um 47. In Zahlen ausgedrückt ergibt sich folgendes Bild: Es waren in den Landesanstalten tätig an männlichen Pflegekräften

zu Ende des Jahres 1893: 401
1903: 527
1913: 701
1923: 667
am 15. September 1924: 629.

Der durchschnittliche Abgang in den letzten 30 Jahren — nur abgesehen von dem Abbauverlust — erreicht noch nicht 3,5 %; darin liegt ein Bestätigung dafür, daß der Weg der richtige gewesen ist, durch den Vorbereitungsdienst im Pflegerhaus eine Möglichkeit der Auswahl geeigneter Kräfte und ihrer weiteren Sichtung zu schaffen, ehe diese Kräfte in den Anstalten zur Verwendung kommen.

Von den 629 Pflegern sind 582 verheiratet und 118 sind Hausbesitzer. Die älteren, bewährten Pfleger haben die Dienstbezeichnung „Oberpfleger". Am 15. September 1924 verteilen sie sich auf folgende Arbeitsgebiete:

		Pflege-vorsteher	Ober-pfleger	Pfleger	Hilfs-pfleger
Arnsdorf	.....	2	12	27	8
Dösen	.....	3	13	69	4
Großschweidnitz	Heil- und	2	11	34	—
Hubertusburg	Pflegeanstalten	2	49	13	—
Sonnenstein	für Geistes-	2	30	10	2
Untergöltzsch	kranke	2	16	14	1
Waldheim	.....	3	12	41	—
Zschadraß	.....	3	37	47	—
Hochweitzschen,	fürEpileptische	2	22	36	—
Bräunsdorf,	für sittlich Gefährdete ...	2	6	20	—
Chemnitz,	für Blinde und Schwachsinnige	4	14	21	2
Grünhain,	Heim für Schwachsinnige	1	—	1	—
Zwickau Krankenstift.....		1	1	18	8
Pflegerhaus Sonnenstein.....		1	—	—	—
		30	233	351	25 zus. 629.

Im Pflegerhaus.

Im April 1922 siedelte das Pflegerhaus von Hochweitzschen nach Sonnenstein über. Das geschah, um die Ausbildung zu vertiefen. Denn die Einführung in die körperliche Krankenpflege war in Hochweitzschen immer etwas stiefmütterlich behandelt worden, es fehlte eben an Krankenmaterial dazu. Das änderte sich nun durch die Verlegung und die nahe Verbindung mit dem Stadtkrankenhaus Pirna. Außerdem war Sonnenstein als Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke ein besserer Boden, die Irrenpflege zu erlernen, als Hochweitzschen, das nur mit epileptischen Kranken belegt ist.

Das Pflegerhaus bildet nur Pfleger aus, die dann auch in den Landesanstalten Verwendung finden können, und auch nur die jeweils erforderliche Zahl. Dadurch ist die Teilnehmerzahl an einem Kursus beschränkt; der wirkliche Bedarf und die notwendige Sparsamkeit wirken bestimmend ein. Bei dem geringen Abgang ist es erklärlich, daß die Zahl der Lehrpfleger über 20 im Jahre kaum hinausgeht. Aber Bewerbungen zur Aufnahme laufen Woche für Woche ein, ohne daß auch nur ein Inserat um Nachfrage nach Kräften bisher nötig gewesen wäre. Vor allem sind es gelernte Handwerker und junge Leute aus der Landwirtschaft, die sich melden; erst die Nachkriegszeit hat ein stärkeres Angebot ungelernter Arbeiter gebracht. Angenommen werden junge, ledige Männer im Alter zwischen 22 bis 26 Jahren mit guter Volksschulbildung und einwandfreiem Lebenswandel, die in der gründlichen ärztlichen Untersuchung sich als kräftig und völlig gesund erwiesen haben. Bei der Auswahl wird mit darnach gefühlt, ob die Bewerber nicht nur um der gesicherten Beamtenstellung willen, sondern auch aus einer inneren Neigung den Beruf der Krankenpflege ergreifen, ob sie reif genug sind, für den geistigen Zustand, die gemütliche Verfassung und die religiöse Anschauung psychisch Erkrankter Verständnis und Mitempfinden zu haben, und ob sie überhaupt den Pflegeberuf als ihre Lebensaufgabe ansehen. Und dann kommt der Tag, an dem die neuen Lehrpfleger ins Pflegerhaus einziehen. Durch den Abbau war eine Pause entstanden, sonst laufen zwei Lehrgänge nebeneinander in der Form, daß nach jedem Halbjahr neuer Zuwachs kommt. Das hat sich aus praktischen Gründen als vorteilhaft herausgestellt.

Das erste Halbjahr des Lehrgangs ist vorwiegend dem theoretischen Unterricht gewidmet, nur die ersten 8—10 Tage werden die Lehrpfleger im Wechsel auf die Stationen der Anstalt Sonnenstein verteilt, damit sie überhaupt einen Einblick in den Gesamtbetrieb des Anstaltslebens erhalten. Sie helfen in der Hausarbeit und sollen

nebenbei offene Augen haben für die neue Welt, die sie umgibt. Dann setzt die wirkliche Ausbildung mit festem Tageslauf ein. Früh nach 6 Uhr wird es lebendig im Haus. Jeder weiß, wo er anzufassen hat, einige tun die Hausarbeit, ein Teil geht „auf Station", um dort bei der Morgenarbeit mitzuhelfen, aber gegen ½9 Uhr ist alles wieder versammelt. Zwei Unterrichtsstunden folgen. Zu Anfang ist das Stillsitzen und Aufmerken wohl etwas sauer für Menschenkinder, die bisher sich nur körperlich beschäftigt haben, aber man spürt doch bald, wie die geistige Aufnahmefähigkeit und das Mitdenken wächst und wie gar vieles wieder auftaucht, was seit der Schulzeit sanft geschlummert hat. Die Mittagszeit bringt reichlich zwei Freistunden, dann folgen an vier Nachmittagen noch zwei Stunden Unterricht. Nach dem Abendbrot ist von ½7 bis 8 Uhr sogenannte Arbeitsstunde, in der die Lehrpfleger ihre Niederschriften über den Unterrichtsstoff des Tages oder andere schriftliche Arbeiten erledigen oder sich in ihre Fachbücher vertiefen. Bis 9 Uhr vergeht dann die Zeit schnell mit Unterhaltung und Spiel, bevorzugt sind Billard und Schach, manche sitzen lesehungrig über der Zeitung oder Bibliotheksbüchern oder versuchen am Klavier für ein gemeinsames Lied Stimmung zu machen. Nach 9 Uhr wird es dann still im ganzen Haus.

Der Lehrstoff, der wöchentlich in ca. 20 Stunden geboten wird, gliedert sich in ärztlichen, allgemeinen und Berufs unterricht. Das Gesamtziel dieses Unterrichts ist, geeignete Kräfte für die Irrenpflege heranzubilden, unbekümmert darum, ob einzelne später an einem staatlichen Krankenhause für körperlich Kranke oder an einer Landeserziehungsanstalt Verwendung finden.

Dem Gange des ärztlichen Unterrichts, der insgesamt jährlich mindestens 200 Stunden umfaßt, werden als Lehrbücher zugrunde gelegt:

Krankenpflegelehrbuch, herausgeg. von der Med.-Abt. des preuß. Min. der Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten,

Scholz, Leitfaden der Irrenpflege,

Ilberg, Geisteskrankheiten (Verlag von B. G. Teubner — Aus Natur und Geisteswelt).

Außerdem gehören noch zum festen Bücherbestand jedes Lehrpflegers:

Dr. *Falthauser*, Geisteskrankenpflege und

Dr. *Dost*, Physik und Chemie in der Krankenpflege.

Die Medizinalräte Dr. *Sievert*, Dr. *Kürbitz* und Dr. *Spaar* an der Landesanstalt Sonnenstein unterrichten wöchentlich je

zwei Stunden in Krankenpflege, Irrenpflege und Bau und Verrichtung des menschlichen, Körpers, so daß jeder der Herren ein abgeschlossenes Gebiet zum Vortrag bringt, und außerdem behandelt Geh. Med.-Rat Dr. *Ilberg* oder in seiner Vertretung Med.-Rat Dr. *Rentsch* einstündig wöchentlich freie Themen. Aber erschöpft ist damit der ärztliche Unterricht noch längst nicht. Denn die praktische Anweisung geht mit ihm Hand in Hand, gilt es doch nicht nur das Wissen sondern vor allem das Können der Schüler zu vermehren. Mag es sich um besondere Krankheitserscheinungen oder um Sonderaufgaben in der Krankenpflege, mag es sich um nicht alltägliche ärztliche Maßnahmen oder um Sektionen handeln, immer werden Lehrpfleger herangezogen, um den Gesichtskreis zu erweitern, sie zu sachlicher Beobachtung zu erziehen und ihnen die erforderliche praktische Gewandheit beizubringen, und einer Anstalt von der Größe Sonnensteins fehlt es nicht an Fällen, die diesem Ziele dienen.

Der Berufsunterricht gibt einen Überblick über die Entstehung und Entwicklung der staatlichen Kranken- und Erziehungsanstalten, über die Geschichte der Krankenpflege überhaupt und den Stand der Organisation der Pflegekräfte. Zugleich werden Fragen der Weltanschauung, die Grundlien der Berufsethtik und der allgemeinen Psychologie durchgesprochen.

Zum allgemeinen Unterricht gehört, daß die Kenntnisse in Deutsch, Rechnen und Geschichte wieder aufgefrischt werden. Neu tritt hinzu ein Gang durch die Grundbegriffe der Volkswirtschaft. Insgesamt füllt dieser Unterricht jährlich ca. 300 Stunden, die vom Rektor des Pflegerhauses erteilt werden. Auch der Oberlehrer der Anstalt ist mit tätig, er hält wöchentlich Singstunde und holt sich die guten Stimmen in den Anstaltschor. Und an einzelnen Abendstunden geben noch die Vertreter der Kanzlei, der Wirtschaft, der Betriebsleitung und ein Pflegevorsteher einen Einblick in ihr Arbeitsgebiet.

Es ist reichlich viel Stoff, der den Lehrpflegern geboten wird, aber er baut sich allmählich auf und verteilt sich auf ein ganzes Jahr. Denn auch im zweiten Halbjahr geht der Unterricht für den Lehrgang weiter, nur daß er durch mancherlei praktische Ausbildung zeitweise unterbrochen wird. Zunächst verbringen vom Beginn des zweiten Halbjahres an immer 4 Lehrpfleger zwei Monate im Stadtkrankenhaus Pirna, das unter Leitung des Sanitätsrats Dr. *von Hopffgarten* steht. Sie schlafen zwar noch in ihrem alten Heim, aber von früh bis abends gehören sie dem Krankenhaus und werden dort in die Pflege körperlich Kranker eingeführt. Den Abschluß dieser Arbeit bilden dann

ca. 15 Unterrichtsstunden, in denen der Chefarzt des Krankenhauses dem gesamten Lehrgang der geleisteten praktischen Ausbildung noch den wissenschaftlichen Untergrund gibt. Eine weitere Unterbrechung des Unterrichts tritt ein, wenn das sogenannte Praktikum eröffnet wird, eine Einrichtung, die Geh. Rat *Ilberg* angeregt hat und die ein Prüfstein ist für selbständiges, verantwortliches Handeln. Es wird eine kleine Station belegt und — ohne daß ein älterer Pfleger zur Seite steht — übernehmen die Lehrpfleger, die am Ende ihrer Lehrzeit stehen, die volle Versorgung der Kranken, und zwar mit aller Nebenarbeit, mit Aufnahme und Krankenbericht, mit Nachtwache und Arzneiverteilung, mit Heizung und Bad. Die Kranken werden absichtlich hier öfter gewechselt, auch damit die Lehrpfleger die bei Aufnahme, Abgang und Verlegung erforderlichen Meldungen üben. Über jeden Kranken wird ein kurzer, populär gehaltener Krankheitsbericht angefertigt, den sie einsehen sollen, über dessen Inhalt sie befragt werden. Auch Kranke, die zur Beschäftigung anzuregen sind, werden auf diese Station gelegt. Jeder Lehrpfleger steht 10 Tage lang in dieser Station, die für alle Fälle reichlich von den Ärzten und dem Pflegevorsteher kontrolliert wird.

Und nebenher geht das ganze Jahr hindurch mancherlei Anregung. Die Sächsische Schweiz lockt an Sonntagen und am freien Mittwoch-Nachmittag zu Ausflügen, die Stadt Pirna bietet ein reiches Programm: Vorträge und Theater, politische Versammlungen und Volkshochschule, Konzerte und Sport, nicht so, daß diese Dinge ein Übergewicht bekommen haben und mehr Ablenkung als Anregung waren, nein, das war nie der Fall. Aber mancher Abend ist doch als eine Erfrischung im sonstigen Tagesbetrieb des Anstaltslebens empfunden worden.

In jedem Halbjahr gibt es auch Wanderungen nach Kranken- und Fürsorgeanstalten der Umgebung, so sind Hohwald und Gottleuba, Arnsdorf und Niedersedlitz u. a. m. besucht worden.

Das Jahr im Pflegerhaus geht zu Ende. Ein froher Abschiedsabend, der Rektor läßt seine Söhne ziehen, der jüngere Kursus gibt treue Wünsche für die Zukunft, und am nächsten Morgen verstreuen sich in ihren neuen schmucken Dienstjoppen die jüngsten Hilfspfleger auf die Anstalten, an denen sie gebraucht und schon sehnsüchtig erwartet werden. Nach einem halben Jahre kehren sie noch einmal wieder. Die Einladung zur Ablegung der staatlichen Prüfung hat sie gerufen. Diese beginnt damit, daß jeder Prüfling einen Kranken zugeteilt bekommt, dessen Verhalten und Benehmen er zu beobachten und schriftlich zu schildern hat; diesen Kranken hat er auch, soweit für einen

Pfleger erforderlich, körperlich zu untersuchen. Hierauf folgt eine Nachtwache. Dann wird durch mündliche Prüfung eines Arztes festgestellt, ob die nötigen Kenntnisse über Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers, über körperliche und über Geisteskrankheiten vorhanden sind und ob der Prüfling praktisch die nötigen Hilfeleistungen bei inneren, chirurgischen und bei Geisteskrankheiten ausführen kann. Über Kenntnisse im Berufsunterricht und in der Berufsethik prüft der Rektor des Pflegerhauses. Endlich wird noch eine Beurteilung der Diensttüchtigkeit von der betreffenden Anstaltsdirektion zum Gesamturteil herbeigezogen. Der Prüfung wohnt u. a. ein Vertreter der Pflegerschaft als gleichberechtigtes Kommissionsmitglied bei. — Das sind 4 Tage banger Spannung. Aber bisher war immer der letzte Abschluß ein froher; wenn die würdige Kommission das: „Bestanden" verkündigt hatte, dann ging ein Leuchten über die Gesichter, und die jugendfrischen Gestalten strafften sich, blitzschnell gings durch den Kopf: nun noch ein Jahr, dann wirst du angestellt. Und mancher stand dann ganz leise beiseite, und er wußte eine Adresse, an die er schnell und glücklich schrieb: nur noch ein Jahr ...

In der Anstalt.

Als in der Kriegszeit gelernte und ungelernte, aber doch fremde Kräfte zur Pflegearbeit in den Landesanstalten herangezogen werden mußten, da hat wohl jede Anstaltsdirektion den Tag herbeigesehnt, an dem ihre alten Pfleger wieder allein und vollzählig in den Stationen stehen würden. Und auch die daheim gebliebenen Pfleger selbst haben so empfunden. Es hatte sich gar deutlich herausgestellt: zur Irrenpflege gehören Menschen, denen Verantwortlichkeitsgefühl und Gewissenhaftigkeit in Fleisch und Blut übergegangen sind und die bei gemeinsamer Arbeit ein Gefühl innerer Zusammengehörigkeit haben. Alles Arbeiten muß Hand in Hand gehen. Vollkommen sind auch die staatlichen Pfleger noch nicht, aber durch ihre Gesamtheit geht doch das Streben, durch Tüchtigkeit den ganzen Stand der Pflegerschaft zu heben. Und das macht diese Beamtengruppe für den Staat und für die Anstalten wertvoll. Die Kriegszeit hat nur einmal grell beleuchtet, wie es sein würde, wenn sie fehlten. Sie sind nicht zu entbehren. Sie haben sich in schwere Arbeit eingelebt, die eigentlich nur die beurteilen können, die ständig Einblick in die Landesanstalten haben, und wie wenige sind das doch. Unruhe und Aufregung, Lärm und Angriffe, Streitigkeiten und Fluchtversuche, Lebensüberdruß und Hinfälligkeit, wirres Reden und Angstzustände, Unreinlichkeit und Zerstörungswut, etwas davon findet sich in jedem Haus, und in den Unruhigenhäu-

sern ist es gehäuft, und Tag und Nacht ist dabei Dienst zu tun. Dazu sind gesunde Nerven nötig, nötig aber auch die allseitige Ausbildung, die Stärkung des Charakters und des Pflichtgefühls, wie beides im Pflegerhaus getrieben wird, damit die Pfleger mit Verständnis und innerer Ruhe ihren Kranken gegenüberstehen. Es ist erklärlich, daß eine jahrelange Arbeit unter solch unruhigen Kranken die Kräfte mitnimmt, darum ist es wünschenswert und nötig, daß zum Wechsel im Dienst auch Häuser mit ruhigeren Kranken der Männerpflege zugänglich bleiben. Zu dieser ruhigeren Pflege gehören auch die Werkstätten und die Arbeitskolonnen der Kranken. Hier kommt es der Pflegerschaft zustatten, daß sie überwiegend aus dem Handwerkerstand herausgewachsen ist: Schuhmacher nud Schneider, Tischler und Buchbinder, Korbmacher und Gärtner. In allen Anstalten gibt es kleine oder größere Werkstätten mit Kranken, und der Pfleger ist der sachkundige Meister. In den Erziehungsanstalten sind sie wirklich die Meister der Werkstätten, die auch gesetzlich die Berechtigung haben, Lehrlinge im Handwerk auszubilden.

An jeder Anstalt gibt es mindestens zwei Pflegevorsteher, die nach direktorieller und ärztlicher Anweisung Maßnahmen für Aufnahme und Entlassung, für Verlegung und Beschäftigung und für alle Zwischenfälle, die der wechselvolle innere Anstaltsbetrieb erfordert, zu vermitteln oder zu erledigen haben. Sie führen auch die Liste für Urlaubs- und Freizeiten der Pfleger. Als Höchstgrenze der Dienstzeit sind 60 Stunden wöchentlich festgesetzt.

Bezüge und wirtschaftliche Einrichtungen.

Die Lehrpfleger erhalten ein Taschengeld, die Hilfspfleger 65% und später 75% und 95% des Anfangsgehalts der Pfleger. Die Gesamtheit der angestellten Pfleger ist nach der Besoldungsordnung eingestuft

in die III. Gruppe mit 351 Pflegern,
in die IV Gruppe mit 212 „ und
in die V. Gruppe mit 41 „
zus. 604 Pfleger.

nach dem Stand vom 15. September 1924. An einigen Anstalten bestehen Siedelungen, um deren Gründung und um deren weiteren Ausbau sich die Pfleger lebhaft mit bemüht haben und noch bemühen. Ebenso ist es mit den Anlagen für Schrebergärten.

Eine leistungsfähige Krankenkasse umfaßt ausnahmslos alle Pfleger mit ihren Familien und nimmt noch als freiwillige Mitglieder die Ruhe-

ständler und Pflegerswitwen an. Als Mittelpunkt und Spitze sorgt das Pflegerhaus für die Erledigung der Kassengeschäfte, aber an jeder Anstalt hilft ein Ortsausschuß mit, sodaß der Krankenkasse bei ihren Leistungen die kostenlose Selbstverwaltung zugute kommt.

Gewerkschaftliche Organisation.

Als 1888 das Pflegerhaus eröffnet wurde, da schwebte der Regierung wohl als Zukunftsbild eine Einrichtung vor, wie sie in den Brüderhäusern gefunden wurde, nur mit dem Zusatz der gesicherten Beamtenstellung. Die Entwicklung hat aber allmählich andere Wege eingeschlagen. Neben den Einfluß des Pflegerhauses hat sich das Ringen nach einer selbständigen Mitwirkung der Pfleger selbst in allen Pflegerfragen gestellt, das schließlich seinen Ausdruck fand in der Gründung des Landesvereins der Pfleger an den sächsischen Landesanstalten, der angeschlossen ist an den Allgemeinen deutschen Beamtenbund. Es ist in den Jahren 1918 und 1919 manchmal heiß hergegangen, und es hat mancherlei Reibungen gegeben, aber diese Welle ist im großen und ganzen überwunden worden. Es ist herausgewachsen ein gemeinsames Arbeiten in allen großen Fragen, und es muß offen gesagt werden, daß gerade durch den Landesverein das Interesse der einzelnen stark wachgerufen wird für Bestrebungen, die den ganzen Stand heben und vorwärts bringen. Auf den Vertretertagen des Landesvereins, denen das Pflegerhaus regelmäßig beigewohnt hat, ist in erfreulicher Weise immer wieder Gewicht gelegt worden auf eine grundlegende Ausbildung und spätere Fortbildung, die jeden einzelnen Pfleger erfassen soll. Und nach dieser Richtung hin werden schon in allen Anstalten von den Ärzten in jedem Winter zusammenhängende Vorträge gehalten über Fragen, die zum Beruf gehören oder ihn berühren. Und noch ein anderer Punkt kehrt auf jeder Vertretertagung wieder: der Wunsch einer besseren Einstufung. Die III. Gruppe ist überfüllt, das Aufrücken in die IV. Gruppe ist nach den Sätzen des Etats erschwert, sodaß z. B. über 20 Dienstjahre vergehen, ehe ein weiterer Aufstieg der Pfleger kommt. Sie haben fast alle Familiensorgen, stehen in schwerem, verantwortlichem Dienst und sind doch mit ihrer gründlichen Ausbildung und ihrer Berufserfahrung eine wesentliche Hilfe für die Anstalten, da ist der Wunsch nach einer höheren Besoldung nicht nur verständlich, sondern durchaus gerechtfertigt.

Abschluß.

Als im Jahre 1811 in Sonnenstein die erste sächsische Landesheilanstalt für Geisteskranke eröffnet wurde, da gab es Vorschriften für die Aufwärter und Aufwärterinnen der Verpflegten, die sie durch-

lesen mußten, und dann — durch keine Kenntnis in der Krankenpflege und durch keine noch so geringe Ausbildung getrübt — begannen sie ihren Dienst.

Ein Segen ist es, daß jetzt eine Helferschar in den Stationen zu finden ist, die mit innerer Anteilnahme und mit dem lebendigen Gefühl der Verantwortlichkeit in der Arbeit steht. Sie sind Freunde der Kranken, deren Vertrauen sie suchen, und sie mildern die Sorge so mancher Familien, die es fühlen und wissen, daß ihre Angehörigen in guter Obhut sind. Sie helfen den Ärzten durch gewissenhafte und verständnisvolle Ausführung aller Maßnahmen und sind an ihrem Teil Förderer der Wohlfahrt in unserm Volke. Und wenn auch in Zukunft ihre Arbeit im Verborgenen bleiben wird, alle die, die ihr stilles Wirken kennen, müssen Achtung und Anerkennung zollen den Pflegern des Freistaates Sachsen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

99. ordentliche Hauptversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 28. Juni 1924 in Bonn.

Anwesend sind: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Baumann*, *Becker*, *Beyer*, *Bodet*, *Busch*, *Dietrich*, *v. Ehrenwall*, *Ennen*, *Erlenmeyer*, *Fabricius*, *Finkelnburg*, *Förster*-Bonn, *Gallus*, *Geller*, *Göring*, *Hackländer*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Fritz Jacoby*, *Paul Jacoby*, *Kaldewey*, *Kentenich*-Gladbach, *König*, *Köster*, *Landwehr*, *Liebmann*, *Linzbach*, *Lohmer*, *Lückerath*, *A. Meyer*-Bonn, *Mörchen*, *Müller*-Heß, *Müller*-Neuß, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Neuhaus*-Roderbirken, *Orthmann*, *Partenheimer*, *Peipers*, *Pirig*, *Raether*, *Recktenwald*, *C. Schneider*-Köln, *Schaumburg*, *Schwan*, *Siebert*, *Sioli*, *Stahl*, *Stallmann*, *Töster*, *Trapet*, *Ungar*, *Umpfenbach*, *Voß*, *Werner*, *Westermann*, *Westphal*, *Wiehl*, *Wildenrath*, *Wilhelmy*.

Als Gäste sind anwesend: Frl. Dr. *Breuer*-Köln, Dr. *Bürger*-Köln, Frl. Dr. *Gabriel*-Köln, Dr. *Kleine*-Frankfurt a. M., Dr. *Loofs*-Köln, Dr. *Mannheim*-Köln, Dr. *Neustadt*-Düsseldorf, Dr. *Peters*-Bonn, Dr. *Prinzhorn*-Wiesbaden, Dr. *Steinfeld*-Düsseldorf.

Der Vorsitzende, Professor *Voß*-Düsseldorf, macht davon Mitteilung, daß seit der letzten Vereinssitzung im Juni 1922 gestorben sind: der Kreisarzt Dr. *Racine* in Essen a. Ruhr, der Oberarzt *Sauermann* in Galkhausen und der Assistenzarzt Dr. *Toepel* in Köln-Lindenburg. Ausgetreten aus dem Verein sind: Professor *Gierlich*-Wiesbaden und Dr. *Wirtz*-Oberwinter. In den Verein aufgenommen werden: Dr. *Basten*, Kreismedizinalrat in Bonn, Dr. *Drews*, Oberarzt der Provinzial-Fürsorgeanstalt in Euskirchen, Dr. *Gallus*, Augenarzt in Bonn, Dr. *Kaldewey*, Assistenzarzt der Psychiatrischen Klinik in Bonn, Dr. *Löw*, Oberarzt der Provinzial-Heilanstalt in Bedburg-Hau. Zum Eintritt melden sich: Dr. *Brügelmann*, Arzt der Psychiatrischen Klinik in Köln, Dr. *Peters*, Hilfsarzt der Dr. *Hertz*schen Heilanstalt in Bonn.

Dem Kassenführer wird Entlastung erteilt, der Jahresbeitrag für das Jahr 1924 wird auf 2 Mark festgesetzt.

Es wird ein Antrag angenommen, die nächste Vereinssitzung, die hundertste, festlich zu begehen und auf Sommer 1925 zu verlegen; die Sitzung soll 2 Tage in Anspruch nehmen und in Bonn abgehalten werden. Der bisherige Vorstand (*Aschaffenburg*, *v. Ehrenwall*, *Neuhaus*, *Umpfen-*

bach, *Voß*, *Westphal*) wird wiedergewählt; für den wegen Krankheit zurückgetretenen Geh. Prof. *Peretti* wird der Landesmedizinalrat *Wiehl* in Düsseldorf gewählt. Geheimrat *Peretti* wird wegen seiner langjährigen erfolgreichen Bemühungen im Interesse des Vereins einstimmig zum Ehrenmitglied ernannt.

Vor der Tagesordnung demonstriert *Rülf*-Bonn einen Fall von striopallidärer Hyperkinese als Spätsymptom 25 Jahre nach zerebraler Kinderlähmung.

29 jähriger Schlosser, der mit 3 Jahren Kinderlähmung hatte, damals lange gelegen und Lähmungserscheinungen der r. Seite gehabt hat, war im Laufe der Jahre soweit gebessert, daß er das Schlosserhandwerk erlernen und bis vor etwa 3 Wochen arbeiten konnte. Er hätte nur hin und wieder leichte ausfahrende Bewegungen mit der r. Hand gemacht, auch etwas mit dem r. Bein. Die rechte Gesichtsseite hätte ebenfalls etwas gezuckt. Vor etwa 3 Wochen hätten jedoch die Zuckungen so zugenommen, daß er die Arbeit niederlegen mußte. Der objektive Befund ergibt zunächst als auffallendstes Symptom jene unregelmäßigen, mit starken Überstreckungen, Beugungen und allen möglichen Exkursionen in den Hand- und Fingergelenken verbundenen Bewegungen, wie wir sie als typische Hyperkinese bei striärer Erkrankung infolge Grippe-Encephalitis kennen. Dabei macht zugleich der r. Arm kurze, schnell aufeinanderfolgende Zuckungen im Schulter- und Ellbogengelenk. Außerdem gewahrt man athetotische Bewegungen im r. Mund-Facialis. Auch die Zunge macht leichte Exkursionen, so daß das Sprechen etwas behindert ist. Ebenso sieht man leichte, schnellende Beugungen im r. Kniegelenk und leichte athetotische Bewegungen in den Zehen des r. Fußes. Die Reste der zerebralen Kinderlähmung sind in Form einer rechtsseitigen Parese nachweisbar. Der rechte Kniesehnenreflex ist deutlich stärker als der l. Ausgesprochene Spasmen fehlen sonst. Das r. Fußgelenk erscheint sogar hypotonisch. Im Liegen fällt der r. Fuß plantarwärts herab. Babinski r. ließ sich einmal deutlich auslösen. Die Hyperkinese striären Charakters in der r. oberen Extremität zeigte sich besonders lebhaft bei Erregungen und als Mitbewegung. Wenn man Pat. den Dynamometer mit der l. Hand drücken läßt, nimmt die Hyperkinese einen geradezu grotesken Charakter an. Als Ursache der erst 25 Jahre nach der Kinderlähmung auftretenden starken Bewegungsstörung glaubt Pat. ständige Aufregungen beschuldigen zu müssen. Ref. möchte ebenfalls eine solche Auslösungsursache annehmen. Gegenüber einer Diskussionsbemerkung weist Ref. die Charakterisierung der Hyperkinese als funktionelle entschieden ab. Es finden sich nur geringfügige Sensibilitätsdifferenzen, die sich für die Diagnose Hysterie nicht verwerten lassen. Wohl ist eine funktionelle Überlagerung nicht auszuschließen, zumal ja eine psychische Emotion vorhanden ist, diese sogar als Auslösungsursache wohl in Frage kommt. Die Form der Hyperkinese ist aber jene typische, wie sie nur als Folge striärer Erkrankung beobachtet wird. Da nun pathologische Veränderungen im Striatum bei zerebraler Kinderlähmung häufig nachgewiesen sind, so ist nur auf dieser Grundlage die typische Hyperkinese bei Pat. zu erklären. Ref. denkt sich die Auslösung so, daß das Striatum bei Pat. nicht so stark erkrankt ist, daß Pat. bei gleichmäßiger Gemütslage

nicht imstande wäre, die vom Pallidum ausgehenden, durch Ausschaltung des Striatum verstärkten Bewegungsanreize zu unterdrücken. Erst bei gemütlicher Erregung oder bei zu starkem, durch Mitbewegungen veranlaßten Innervationszufluß reicht die bewußte Willensenergie nicht mehr aus, um der Entfesselung des von den hemmenden Einflüssen des Striatums befreiten Pallidums Schranken zu setzen.

Diskussion: *Finkelnburg.*

Es folgen die Vorträge und Demonstrationen:

Westphal: I. Über Geistesstörungen in Verbindung mit progressiven Muskelatrophien, mit Krankenvorstellungen.

1. Paranoide Form der Schizophrenie und amyotrophische Lateralsklerose.

46 jähriger Mann. Familiengeschichte unbekannt, vier Reaktionen negativ. Nach einleitenden Verfolgungsideen (Eifersuchtswahn, Vergiftung) rasche Entwicklung phantastischer Wahnbildungen — 145 Millionen Jahre alt, sei Abraham, Moses und Jehova, tausende seiner Kinder über 800 Jahre alt, Kaiser und Könige —, er sei halb Mann, halb Weib. Gehörshalluzinationen, äußerlich geordnet, aber zunehmend zerfahren; mitunter Wortneubildungen.

Körperlicher Befund: Sprache bulbär. Atrophie der Zunge und Lippenmuskulatur sowie der Vorderarme und kleinen Handmuskeln (Interossei). Fibrilläre Zuckungen und Schwäche der atrophischen Muskeln, Entartungsreaktion. Patellarreflexe schwach. Babinski l. konstant +, r. wechselnd. Keine Sensibilitätsstörungen. Sphinkteren normal.

Bild einer atypischen Form der amyotrophischen Lateralsklerose mit Zurücktreten der spastischen Erscheinungen, deren erste Symptome den psychischen Störungen um Jahre vorausgingen.

2. Imbezillität, Dystrophia musculorum progr., choreiforme Bewegungsstörungen.

10 jähriger Knabe, schwere hereditäre nervöse Belastung, vier Reaktionen negativ, angeborene geistige Schwäche. Intelligenzstufe eines 5 jährigen Kindes, von früher Kindheit an allgemeine choreiforme Bewegungsstörung. Schlucken und Sprechen durch Muskelzuckungen behindert. Atrophie der Muskeln des Schultergürtels und Oberarms. Lose Schultern. Lordose der Lendenwirbelsäule. Häufiges Hinfallen, Aufstehen erschwert. Keine fibrillären Zuckungen. Keine Entartungsreaktion. Keine ausgesprochenen Hypertrophien.

Die Entstehung der Krankheitserscheinungen in diesen Fällen auf dem Boden der „Heredodegeneration", psychopathischer und neuropathischer Belastung wahrscheinlich. Hinweis auf frühere ähnliche Beobachtungen von *A. Westphal* (Archiv f. Psychiatrie Bd. 45).

In dem ersten demonstrierten Fall ist mit Hinsicht auf die neuere Auffassung der Schizophrenie als einer „psychischen Systemerkrankung", die Verbindung mit einer echten Systemerkrankung, der amyotrophischen Lateralsklerose von Interesse.

II. Über bemerkenswerte Fälle von Encephalitis epidemica, mit Krankenvorstellungen.

1. Postenzephalitischer Parkinsonismus, Überlagerung durch hysterischen Tremor.

35 jähriger Mann. Im Krieg im Anschluß an Sturz mit dem Pferde an „Zitterneurose" erkrankt. Rückgang der Erscheinungen, seitdem sehr nervös, leicht erregbar. Im Jahre 1920 Grippe mit folgendem Parkinsonismus. Speichelfluß, vornübergebeugte Haltung, vertikale Blicklähmung, typischer leichter, rhythmischer Tremor der Hände und Füße. Ausgesprochene Palilalie. Iterationen von Worten und Sätzen in hemmungsloser Weise. Keine Echolalie. Bei jeder psychischen Erregung Auftreten eines allgemeinen, außerordentlich lebhaften Schütteltremors des ganzen Körpers, wildes Umherschlagen mit Armen und Beinen. Diese hysterischen Anfälle sind auf suggestivem Wege in der Regel sofort zu beseitigen, während der Parkinsontremor bleibt. Die Verbindung organischer postenzephalitischer Erscheinungen mit psychogenen Symptomen hat Vortr. in letzter Zeit wiederholt beobachtet.

Bemerkenswert sind die von von *Pick*, *Kleist* u. a. beschriebenen, als Teilstück striärer Motilitätsstörungen aufgefaßten hyperkinetischen Sprachäußerungen der „Palilalie", die wohl auch in dem demonstrierten Fall auf eine Striatumschädigung zurückzuführen sind.

2. Polyneuritis nach Grippe. Gekreuzter Babinski, gleichseitiger Oppenheim.

21 jähriges Mädchen. Im direkten Anschluß an eine fieberhafte Grippe schlaffe Parese beider unterer Extremitäten mit Bevorzugung des Peronealgebietes rechts. Zehen beiderseits gut beweglich. Reißende Schmerzen. Nervenstämme sehr druckempfindlich, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit.

Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen beiderseits. Bei Streichen der r. Fußsohle konstant ausgiebige, oft langsame Dorsalflektion der l. großen Zehe, mitunter auch bei leichten Hautreizen an irgend einer anderen Stelle des r. Unterschenkels. Gleichzeitiger Babinski nicht vorhanden, dagegen konstant ausgesprochener Oppenheim rechts. Von l. Fußsohle aus keine spastischen Reflexe. Es handelt sich um einen gekreuzten Babinski, auf dessen Vorkommen *Pinèas* hingewiesen hat (Berl. klin. Wochenschrift 1921). Über die diagnostische Bedeutung der gekreuzten Hautreflexe läßt sich nichts sicheres aussagen (*Oppenheim*). In dem vorliegenden Fall weist der konstant vorhandene rechtsseitige Oppenheim auf eine Mitbeteiligung der Pyramidenbahn hin, so daß vielleicht auch der gekreuzte Babinski in diesem Sinn zu deuten ist. Auf Mitergriffensein der Pyramidenbahn bei postgrippöser Polyneuritis ist nach Erfahrungen des Vortr., welcher Pyramidenzeichen hierbei bereits in drei Fällen feststellen konnte, besonders zu achten.

3. Friedreichscher Symptomenkomplex im Anschluß an Encephalitis epid. Makrogenitosomia praecox.

18 jähriger Jüngling. Keine hereditäre Belastung. Im 13. Lebensjahr in direktem Anschluß an Grippe Schwindel, Kopfschmerzen, taumliger Gang, der sich allmählich bis zur jetzt bestehenden ausgesprochenen zerebellaren Ataxie steigerte. Fehlen der Patellarreflexe, beiderseits Babinski +. Barany +. Kein Nystagmus, keine Sprachstörung. Sehr auffallende Zunahme des Längen- und Dickenwachstums des Penis seit

der Grippeerkrankung verbunden mit häufigen Pollutionen, ohne jede ausgesprochene libido bei dem Knaben. Auffallend tiefe sonore Stimme. Charakterveränderung. Im Röntgenbilde keine Veränderungen. Fraglich, ob die Grippe nur als Gelegenheitsursache einen echten „Friedreich" auslösend gewirkt hat (Allen Star), oder ob es sich um eine postenzephalitische Erkrankung mit besonderem Befallensein des Kleinhirns handelt. Kleinhirnsymptome bei Enc. epid. sind u. a. von *Bonhöffer*, *Boström*, *Naef*, *Stern* und in letzter Zeit von uns in mehreren Fällen beobachtet worden. Endokrine Störungen auf die im demonstrierten Fall besonders die Makrogenitosomia praecox (Hypophyse, Epiphyse?) hinweist, sind bei Friedreichscher Ataxie von *Rothmann* (Berl. klin. Wochenschrift 1915) beschrieben worden, bei der Enz. epid. gehören sie zu den häufigeren Erscheinungen. Der spezielle Fall der vorzeitigen Geschlechtsreife ist hingegen ein sehr seltenes Vorkommnis, bisher nur je ein Fall von *Stern* und *John* (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 80, 1924) veröffentlicht worden.

III. Über wechselnde Pupillenstarre („Spasmus mobilis") bei Katatonie und Encephalitis epidemica, mit Krankenvorstellungen.

An der Hand einer Reihe von Fällen (zwei Katatoniker, zwei Postenzephalitiker) bespricht der Vortr. das Vorkommen und die Bedeutung der von ihm zuerst beschriebenen „wechselnden Pupillenstarre", für welche *Kehrer* (Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 81) vor kurzem die das Wesen des Pupillenphänomens gut kennzeichnende Benennung „Spasmus mobilis" vorgeschlagen hat. Alle demonstrierten Fälle zeigen das Phänomen spontan (ohne Iliakal, Händedruck usw.) stets bei mittlerer Pupillenweite, konstant während langer Beobachtungszeiten. Dieser „Spasmus mobilis" ist bisher ganz vorwiegend bei organischen Erkrankungen beobachtet worden, im Gegensatz zur „mydriatischen Starre", deren Vorkommen unter sehr verschiedenartigen Bedingungen, sowohl bei organischen Erkrankungen wie bei funktionellen Störungen, *Kehrer* neuerdings besonders betont hat, ohne daß wir mit ihm eine prinzipielle Trennung dieser Pupillenphänomene annehmen. Bei einem der demonstrierten Katatoniker besteht der Spasmus mobilis in Verbindung mit anfallsartig auftretendem Salbengesicht seit über einem Jahrzehnt. Wichtigkeit der anatomischen Untersuchung der Striata derartiger Fälle! Der andere Katatoniker mit negativistischem Stupor zeigt bei andauerndem Angstaffekt „Spasmus mobilis" nur bei mittlerer Pupillenweite, niemals „mydriatische Starre", im Gegensatz zu den im psychologischen Experiment erzeugten Affektzuständen bei Katatonikern (*Löwenstein*). Von den Postenzephalitikern zeigt der eine den „Spasmus mobilis" neben eigenartigen rhythmischen Zuckungen in den Fingern, die den „komplexen Bewegungsstörungen" (*Boström*) entsprechen; bei dem anderen jugendlichen Kranken ist der „Spasmus mobilis" die einzige motorische Erscheinung neben einer auffallenden Charakterveränderung im Anschluß an die Grippe. Der anscheinende Gegensatz, daß vom Vortr. echte reflektorische Starre unter jetzt mehr als 150 Fällen niemals bei Encephalitis epid. beobachtet ist, während andere Autoren sie beschreiben, findet vielleicht eine Erklärung durch die

interessanten neuen Feststellungen *Hudovernigs* (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 90), der lange Zeit andauernde „reflektorische Starre" in mehreren Fällen von Enc. epid. durch innerliche Atropindarreichung beseitigen und hierdurch den Nachweis führen konnte, daß diese „reflektorische Starre" lediglich durch einen Spannungszustand der Iris vorgetäuscht und dem Wesen nach mit der „*Westphal*schen Pupillenstarre" identisch war, auf jeden Fall von der echten „metasyphilitischen" reflektorischen Starre durchaus zu trennen ist[1]). Der Vortragende fordet dazu auf, den in praktischer und theoretischer Hinsicht bemerkenswerten Erscheinungen des „Spasmus mobilis" Aufmerksamkeit zuzuwenden. Wichtig hierfür eine einwandfreie Methode der Pupillenuntersuchung. Tagesbelichtung allein ganz ungeeignet. Häufige sich schnell folgende und oft wiederholte Prüfungen mit der elektrischen Taschenlampe unerläßlich.

Diskussion: *Partenheimer*, *Hübner*.

Ungar: Über partielle Zurechnungsfähigkeit.

Unter partieller Zurechnungsfähigkeit verstehen wir die Lehre, daß bei einem Geisteskranken, der sich verschiedener strafbarer Handlungen schuldig gemacht hat, für eine dieser Handlungen die Zurechnungsfähigkeit für ausgeschlossen zu erachten ist, während für eine andere Handlung die straffällige Verantwortung angenommen werden muß, obschon der Geisteszustand zur Zeit der verschiedenen Handlungen ein nicht wesentlich verschiedener war. Nachdem seinerzeit *Caspar* diese Lehre einer scharfen Kritik unterzogen hatte, fand sie längere Zeit kaum mehr Beachtung. Im Jahre 1889 trat *Ziehen* wieder für die Lehre von der partiellen Zurechnungsfähigkeit ein, fand aber bei der großen Mehrzahl der Psychiater und der Vertreter der gerichtlichen Psychopathologie lebhaften Widerspruch, so daß diese Lehre heute kaum noch Vertreter hat.

U. sucht nun die gegen die Berechtigung der Lehre erhobenen Einwendungen zu widerlegen und spricht sich dahin aus, daß die praktische Rechtspflege der Anerkennung einer partiellen Zurechnungsfähigkeit durchaus bedarf. Er weist namentlich darauf hin, daß, wenn der § 18 des Entwurfs des neuen Strafgesetzbuches Gesetzeskraft erlangen sollte, und besonders der 2. Absatz dieses Paragraphen, der von der verminderten Zurechnungsfähigkeit handelt, mit der partiellen Zurechnungsfähigkeit gerechnet werden müsse.

Diskussion: *Lückerath*, *Göring*, *König*, *Müller*-Heß.

Aschaffenburg erwidert: Das immer wieder sich wiederholende Auftauchen der partiellen Zurechnungsfähigkeit liegt sicher nicht zum geringen Teil an der Verwechslung der partiellen Zurechnungsfähigkeit mit der partiellen Unzurechnungsfähigkeit, von der sich auch der Vortragende nicht frei gemacht hat. Dabei sind doch beide Begriffe völlig verschieden. Bei der partiellen Zurechnungsfähigkeit wird angenommen, daß ein sonst

[1]) Daß bei der Enc. epid. auch einmal in sehr seltenen Fällen eine echte, nicht durch Spasmen bedingte reflektorische Pupillenstarre vorkommen kann, soll nicht bestritten werden.

Geisteskranker auf einem bestimmten Gebiete zurechnungsfähig sei; bei der partiellen Unzurechnungsfähigkeit, daß ein sonst gesunder Mensch vorübergehend unzurechnungsfähig ist, etwas, was auch dem gesundesten z. B. im Typhusdelir zustoßen könnte. Um dieser ewigen Verwechslung ein Ende zu machen, habe ich den Ausdruck „temporäre Unzurechnungsfähigkeit" vorgeschlagen, der außerdem den Vorteil hat, die Sachlage wirklich richtiger zu kennzeichnen.

Was bedeutet „partielle Zurechnungsfähigkeit"? Die Annahme, daß ein ausgeprägt Geisteskranker (nur bei solchen ist doch der Ausdruck am Platze, nicht aber bei einem dem Grenzgebiet angehörigen Psychopathen) in bestimmter Richtung zurechnungsfähig, d. h. durch normale Motive normal bestimmbar ist. Wer kann aber das beweisen? Wir müssen bekanntlich im Falle einer Anzweiflung dem Angeklagten seine Zurechnungsfähigkeit nachweisen; das ist aber bei einem Geisteskranken unmöglich. Wir können nicht ermessen, ob krankhafte Motive mitwirken. Ich erinnere an *Heilbronners* bekannten Fall, in dem ein Schizophrener einer Gans den Hals abdrehte und sie briet. Erst sehr viel später stellte sich heraus, daß die Gans ihm Schimpfworte zugerufen hatte. Ferner aber können wir auch nicht ermessen, wie weit das Spiel der Motive durch Affektstörungen (ich erinnere besonders an die Schizophrenie) oder durch sonstige dem Gesunden nicht verständliche Stellungnahme beeinflußt würde. Ich würde die Anerkennung der partiellen Zurechnungsfähigkeit, die übrigens sich weder im Inland noch im Ausland einer nennenswerten Freundschaft erfreut, für einen der bedauerlichsten Rückschritte unseres Faches halten.

Linzbach-Düren: Psychiatrie und Philosophie.

L. betont in einem Vorwort die Notwendigkeit, den kranken Geist sowohl von wissenschaftlichem wie auch vom philosophischen Standpunkte aus zu betrachten. Im ersten Teil seiner Ausführungen zeichnet er in einigen Hauptzügen den allgemeinen Charakter der empirischen Wissenschaft und ihre Grenze gegen die Philosophie. Dabei ist ihm die empirisch-wissenschaftliche Betrachtung des kranken Geistes gekennzeichnet durch die exakte — empirische Methode, durch lückenlose Kausalität innerhalb von Natur und Geist und durch die Vermeidung von Erklärungsgründen aus metaphysischen Bereichen. Im zweiten Teil stellt er sich auf den Standpunkt über der Welt und betrachtet den kranken Geist in Beziehung zum Absoluten. Auf diesem philosophischen Standpunkte ergibt sich ihm ein anderes Gesicht des kranken Geistes, nämlich das philosophische, das Ewigkeitsgesicht, gegenüber dem wissenschaftlichem, dem Weltgesicht des kranken Geistes. In einem Schlußwort reiht er die philosophische Betrachtungsweise neben der wissenschaftlichen in die Psychiatrie ein, wobei er die philosophische Betrachtung als einen Ausfluß und ein Bedürfnis der metaphysischen Anlage des Geistes beurteilt.

L. mußte wegen der kurz bemessenen Zeit seinen Vortrag nach der ersten Hälfte und vor dem wesentlichen Punkte des vorstehend angeführten Gedankenganges abbrechen, so daß er die für die psychiatrischen Aufgaben und für die Ausbildung des Psychiaters sich ergebenden Schlußfolgerungen nicht mehr entwickeln konnte. Deshalb verweist er auf ausführliche Mitteilung im Archiv für Psychiatrie Bd. 71 u. stellt sich bei Gelegen-

heit der nächsten Vereinssitzung für eine eventuelle Diskussion zur Verfügung.

Gallus: Das klinische Bild und die diagnostische Bedeutung der reflektorischen Pupillenstarre.

Das klinische Bild der reflektorischen Starre wurde 1863 von *Robertson* folgendermaßen beschrieben: „Obgleich die Netzhaut durchaus empfindlich ist und die Pupille sich für die Dauer des Akkomodationsaktes auf nahe Objekte zusammenzieht, hat doch die Änderung der auf das Auge einwirkenden Lichtstärke keinen Einfluß auf die Größe der Pupille." Die diagnostische Bedeutung dieser Störung beschränkt sich für viele noch heute darauf, sie für ein ausschließliches Zeichen der Tabes und Paralyse, damit als eine sichere Manifestation metaluetischer Erkrankungen anzusehen.

Die Dinge liegen aber durchaus nicht so einfach. Geeignet zum Studium der klinischen Verhältnisse sind nur Fälle isolierter Starre, so daß das Phänomen, soweit es sich als Teil oder Rest einer Okulomotoriuslähmung darstellt, unbrauchbar ist. Wir müssen auch weitere Fehlerquellen ausschließen, um sicher zu sein, es bestimmt nur mit einer Störung der pupillaren Reflexbahn zu tun zuhaben. Darum sind die Beobachtungen ungeeignet, in denen eine Herabsetzung der Reaktion in mechanischer Behinderung durch Läsion der Irismuskulatur ihre Erklärung findet. Wir müssen die reflektorische Starre ferner aufs sorgfältigste scheiden von der amaurotischen Starre und kommen daher ohne Prüfung der Sehschärfe und ophthalmoskopischen Befund, ev. auch Gesichtsfeldaufnahme nicht aus. Ein Vernachlässigen dieser Forderung, wie sie sich leider in vielen Mitteilungen noch findet, setzt den Wert der letzteren erheblich herab. Über einen Punkt herrscht wohl Einigkeit, daß nämlich die Reaktion der reflektorisch starren Pupillen auf die sog. Psychoreflexe schon frühzeitig erloschen ist. Wir können dieses Merkmal also wohl unbedenklich in die Definition der ref. St. aufnehmen. Bei ungleich weiten und entrundeten Pupillen (letzteres am besten im durchfallenden Licht des Augenspiegels zu sehen) kann es sich sowohl um partielle Atrophie der Irismuskulatur als auch um Innervationsstörungen nur einzelner der Ciliarnerven handeln. Sind nun Pupillen mit minimaler Lichtreaktion den völlig starren gleichzustellen, und wie sind die Fälle zu beurteilen, in denen die Pupillen bei Tagesbeleuchtung zwar starr sind, bei Beleuchtung mit der Taschenlampe oder mit dem Cornealmikroskop oder nach längerem Dunkelaufenthalt (Erholungsreaktion) aber noch einen Rest von Kontraktion aufweisen?

Wie ist ferner die Konvergenzreaktion bei refl. St. einzuschätzen? Ist es einerlei, ob sie träge oder prompt erfolgt, wenn sie nur dem Begriff der refl. St. entsprechend, überhaupt nachweisbar ist? Oder handelt es sich hier um absolute Starre, d. h. um Reaktionslosigkeit auf Licht und Konvergenz, die zwar in ihrer ausgesprochenen Form des Verlustes beider Qualitäten leicht zu erkennen ist, bei unvollkommener Ausbildung aber Bilder entstehen lassen kann, die eine Unterscheidung zwischen refl. u. abs. Starre erschweren, wenn nicht gar unmöglich machen. Die durch diese Verhältnisse bedingte Unsicherheit spiegelt sich in der Literatur wieder, und gerade auf diesem Gebiete machen sich die Folgen der unvermeid-

lichen subjektiven Einschätzung in unheilvoller Weise bemerkbar, indem je nach Stellung des Beobachters einmal die refl., das anderemal die abs. St. mit diesen zweifelhaften Fällen belastet wird.

Auf Grund langjähriger Beobachtungen empfiehlt Vortr. ein zwar nicht neues, aber bisher kaum beachtetes, in vielen kritischen Abhandlungen bis in die neueste Zeit überhaupt nicht erwähntes differential-diagnostisches Merkmal zu verwerten, auf das erst 1923 *Behr* mit allem Nachdruck hinweist:

Je starrer die Pupille auf Lichteinfall, desto prompter erfolgt bei vorliegender reflektorischer Starre, die Konvergenzreaktion. Selbst bei hochgradig miotischen Pupillen und dem dabei nur geringen, zur Verfügung stehenden Exkursionsgebiet erfolgt die Verengerung besonders prompt und ausgiebig, ja sie ist oftmals gegen gesunde Augen gesteigert. Einschränkend sei bemerkt, daß starre Pupillen, wenn sie gleichzeitig entrundet sind, das Phänomen zwar gelegentlich, meist aber nicht zeigen, sondern nur schwache Reaktion auf Konvergenz erkennen lassen. Gerade dies diametral entgegengesetzte Verhalten beider Reaktionsqualitäten erscheint dem Vortr. ein wertvolles differentialdiagnostisches Moment gegenüber der unvollständigen abs. St. zu sein.

Gehört die Miosis-Pupillenweite 2 mm und darunter zum klinischen Bilde der refl. St., so daß wir sie, wie *Behr* das will, in die Definition des *Robertson*schen Zeichens aufnehmen können?

Diese Erörterung geht zu weit, wenn auch in der überwiegenden Anzahl der Fälle gleichzeitig Miosis besteht.

Sind die bei refl. Starre vorkommenden Pupillenstörungen konstant? Die Frage ist zu verneinen, es besteht nicht selten ein Schwanken in den klinischen Erscheinungen. So erscheint es sicher, daß aus einer refl. Starre sich eine absolute entwickeln kann. Auch ist die refl. Starre rückbildungsfähig, d. h. es kann der Lichtreflex wiederkehren. Desgleichen ist ein Intermittieren der Erscheinungen durchaus nicht selten. Genauere Beschreibung derartiger Beobachtungen erscheint aber vonnöten.

Auf dem Gebiete der anatomischen Forschung nach der Lokalisation der refl. Starre ist noch alles Hypothese. Anatomisch möglich ist ein Sitz sowohl in der Auffassung der zentripetalen Nervenbahn um den Sphinkterkern als auch im centrum cilio-spinale oder an beiden Stellen zugleich, ebenso wie in der zentrifugalen Bahn. Auch die Lidschlußreaktion ist zu beachten. Nicht einmal die Frage, ob es sich bei der miotischen Starre um einen spastischen oder paretischen Zustand handelt, ist gelöst. Ist auch eine dauernde Kontraktur des Sphinkters an und für sich unwahrscheinlich und bei prompter Konvergenzreaktion ausgeschlossen, so steht doch fest, daß Kokain in einzelnen Fällen Erweiterung und Beweglichkeit vorher starrer Pupillen hervorzubringen vermag.

Bei allen diesen Schwierigkeiten bleibt nichts anderes übrig, als neues, einwandfreies Material mit Hilfe der neueren Untersuchungsmethoden zu sammeln und dabei folgende Punkte unbedingt zu berücksichtigen: Angabe der Untersuchungsmethode (möglichst mit Lupe), Befund an der Iris, Form der Pupille (ob entrundet, durchfallendes Licht), Augenhintergrund, Sehschärfe, Akkommodation, ev. Gesichtsfeld, Weite der Pupille, Lichtreaktion direkt und indirekt, Psychoreflexe, Konvergenzreaktion,

Lidschlußreaktion, Ergebnis des Kokainversuches. Vor allem aber ist erwünscht wiederholte Untersuchung auch bei anscheinend stationären oder progressiven Fällen zwecks Feststellung ev. Schwankungen der klinischen Erscheinungen.

Was nun die diagnostische Bedeutung der refl. Starre angeht so wird sie zwar keine Monopolstellung mehr haben, aber die Stellung eines Kardinalsymptomes der Tabes vor allem, aber auch der Paralyse, behalten. Wie soll man sich nun verhalten, wenn das *Robertson*sche Zeichen bezüglich der Lichtreaktion nicht ganz rein ist? Auf Grund des oben Gesagten würde Votr. bei außerordentlich promptem und ausgiebigem Ablauf der Konvergenzreaktion die Diagnose „refl. Starre" unbedenklich stellen. Ist sie irgendwie gestört, so ist das Symptom eben vorläufig nicht zu werten, es sei denn, daß weitere Beobachtung Klärung brächte. Die Wiederkehr des Lichtreflexes hat Vortr. einigemale bei klinisch sicher gestellter Tabes gesehen, ohne daß Behandlung stattgefunden hatte. Untersuchungen über diese Erscheinung, ebenso wie die intermittierende Starre an größerem Material sind erwünscht, nicht nur aus wissenschaftlichem Interesse, sondern auch angesichts der neueren therapeutischen Bestrebungen zur Beantwortung der Frage, ob man eine eventuellen Rückgang der Pupillenstörung als Resultat der Behandlung, oder als gelegentlich auch spontan vorkommendes Ereignis zu deuten hat.

Bis in die neueste Zeit wird von mancher Seite noch die Bedeutung der refl. Starre als die eines ausschließlichen sicheren metaluetischen Zeichens verfochten. Die Zähigkeit, mit der an diesem Dogma festgehalten wird, brachte es mit sich, daß für den Nachweis refl. Starre anderweitiger Herkunft schwere Bedingungen ätiologisch-differentialdiagnostischer Natur gestellt wurden. Um so schwerer wiegen die auch der schärfsten Kritik standhaltenden Fälle von refl. Starre bei anderen Erkrankungen, insbesondere Alkoholismus gravis und Diabetes, zumal wenn sie durch Sektionsbefund gestützt sind. Der hartnäckige Widerstand gegen das *Robertson*sche Phänomen gerade bei diesen beiden Erkrankungen ist im Hinblick auf die sonstigen vielfachen Beziehungen zum klinischen Bilde der Tabes (Pseudotabes alcoholica bzw. diabetica) nicht recht verständlich.

Vortr. beobachtete selbst einen 42 jährigen Diabetiker 6 Jahre lang. 1% Zucker, weder Eiweiß noch Azeton oder Azetessigsäure. Durch Diät nicht zu beeinflussen. Weder anamnestisch noch somatisch oder nach dem Ergebnis der Lues-Reaktion irgendwelcher Anhalt für Lues. Auch Jod und Hg erfolglos. Klinisches Bild: Beiderseits Abduzenslähmung, rechts mit sekundärer Kontraktur. Bei normaler Sehschärfe, intakter Akkomodation und freiem Augengrund: Pupillen beiderseits stecknadelkopfgroß, völlig starr, sehr lebhafte Konvergenzreaktion. Im Laufe der Beobachtung häufiger Wechsel der Erscheinungen, meist gleichzeitig mit Abnahme des Grades der Abduzenslähmung reagierten die Pupillen deutlich, wenn auch schwach. Dann wieder Starre u. s. f. Leider ist über das Schicksal des Falles nichts bekannt.

Endlich kommt refl. Starre sicher vor, wenn auch selten, bei anderweitigen organischen Nervenkrankheiten, bei Infektion und Intoxikation verschiedener Art sowie bei Schädeltrauma. Gerade derartige, heute noch viel-

fach bezweifelte Fälle, sollten besonders sorgfältig klinisch beobachtet und beschrieben werden.

Gibt es eine refl. Starre als kongenitale Anlage, oder ist sie stets Vorbote einer organischen Erkrankung des Nervensystems? Sicherlich kann die refl. Starre ein dem Ausbruch der Allgemeinerkrankung lange Jahre, nach einigen bis 15 und mehr voraufgehendes, isoliertes Frühsymptom sein. Andrerseits kann die Möglichkeit eines kongenitalen Defektes bei unvoreingenommener Beurteilung der Verhältnisse nicht in Abrede gestellt werden. Leider nimmt ja mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung an Tabes oder Paralyse nicht ab, dadurch wird die Beantwortung der Frage erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht, es sei denn, daß einer der wenigen beschriebenen Fälle einmal anatomisch untersucht werden könnte. Vortr. kennt selbst einen hierhergehörigen Fall. Er konstatierte 1906 bei einem damals 40jährigen Arzt eine typische refl. Starre gelegentlich einer Brillenbestimmung. Bei normaler Sehschärfe, normaler Akkomodation und freiem Augenhintergrund waren beide Pupillen miotisch, beide völlig starr, Konvergenzreaktion prompt. Für Lues kein Anhaltspunkt, aber nicht untersucht. Urin frei. — Dieser Arzt ist bis heute, nach über 18 Jahren noch völlig gesund und leitet ein großes chirurgisches Krankenhaus. — Nur durch verständnisvolle Zusammenarbeit von Neurologen, Psychiatern und Augenärzten und durch Mitteilung einwandfrei beobachteter Fälle ist auf dem schwierigen und vielumstrittenen Gebiet der Pupillenstörungen eine Klärung zu erwarten.

Kurt Schneider-Köln. Zur Frage der psychiatrischen Systematik:

„Diagnose" geht immer aufs Körperliche. Es gibt überhaupt keine psychiatrischen Diagnosen im engeren Sinne; man treibt medizinische Diagnosen mit Hilfe der psychiatrischen Befunde. Auch dieses ist nur im begrenzten Umfange möglich. Die Psychiatrie verzichtet auf die „großen Krankheitseinheiten" und begnügte sich mit den „kleinen Krankheitseinheiten" manisch-depressives Irresein und Dementia praecox. Auch dabei bleibt ein großer Rest von Fällen, der sich nicht einordnen läßt. Dann kann man nichts tun als getrennt nach drei Gesichtspunkten zu fragen:

I. Ist eine Diagnose (in dem strengen Sinne) möglich? 2. Wie ist der (psychische) Zustandstypus? 3. Wie ist der (psychische)Verlaufstypus? — Schon *Körtke* trennte Diagnose und psychisches Bild, doch vermutete er vorzeitlich einen einheitlichen Morbus maniaco-depressivus und einen Morbus dementiae praecocis. Davon weiß man garnichts. Die Zustandstypen sind nur dann handlich, wenn man das Schizophrene als Unterlage behandelt. Alle Zustandstypen kommen in schizophren und nichtschizophren und in beiden Formen anscheinend auch in allen Diagnosen vor. Es ist verfehlt das Schizophrene zur Kategorie einer psychiatrischen Systematik zu machen. Die allgemein anschaulichen Zustandstypen sind: Amentia, Delirium, Erregung, Pseudodemenz, der manische, depressive, paranoische, katatonische Zustandstypus, Stupor, besonders Halluzinose Korsakoff, Demenz. Bei den Verlaufstypen steht obenan die Frage: Entwicklung, bzw. Reaktion einer Persönlichkeit oder Psychose? Letztere erscheint als Phase oder als irreparabler Prozeß. Die Phase kann einmalig

oder periodisch sein, die periodische homogen oder heterogen. Die Prozesse können als Dauerzustände stehen bleiben oder als Abbau oder als Umbau verlaufen. Beides kann kontinuierlich oder in Schüben geschehen. Im letzteren kommt beim Abbau das Bild der Kaskade zustande.

(Selbstbericht). Ausführlich in Band 91 1924 der Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.

König: Zur Rekurrensbehandlung der Paralyse.

Die moderne Fieberbehandlung der Paralyse, die nach dem Versagen der spezifischen Behandlung in jeder Form im Laufe der Jahre in zunehmendem Maß geübt wird, hat ihre Vorläufer in der lokalen Abszeß-Behandlung, wie sie 1854 schon von *Jacobi* und 1877 von *L. Meyer* angeregt wurde. Als eigentlicher Begründer der Therapie ist *Wagner von Jauregg* anzusehen; der zuerst 1877 mit leblosen chemischen Stoffen, später mit abgetöteten bakteriellen Stoffen, dann mit lebenden Keimen und zuletzt seit 1917 mit Malaria-Impfung Fieber zu erzeugen bestrebt war. 1919 ist dann von *Plaut* und *Steiner* die Impfung mit Rekurrens-Spirochaeten angeregt und ausgeführt worden, die von dem Gedankengang ausgingen, durch Überimpfung eines dem Erreger der Syphilis biologisch nahestehenden Krankheitskeims unspezifische Immunstoffe zu schaffen, die einen hemmenden Einfluß auf das Vordringen und Wachsen der Syphiliskeime ausüben. Dieser Gedanke führt zu naher Berührung mit der Proteinkörpertherapie und das Fieber wäre dann nur der Indikator der Abwehr des Organismus. (*Steiner*). Bei der Wahl, die Behandlungsversuche mit Malaria oder Rekurrens zu machen, waren folgende Gründe für Rekurrens ausschlaggebend. Eine Übertragung der Malaria erscheint in der Rheingegend, wo immer Anopheles vorkommt, nicht ausgeschlossen, das Krankheitsbild ist von vorn herein nicht übersehbar, es muß immer erst durch Chinin ein Aufhören der Fieberanfälle erzwungen werden, so daß erst immer vorher die Chinintoleranz geprüft werden muß, schließlich ist die Entwicklung einer Tropika nie ganz auszuschließen. Die Rekurrensinfektion hört in den allermeisten Fällen von selbst auf, kann sonst durch Salvarsan oder Omnadin sofort kopiert werden, die Übertragung erscheint ausgeschlossen. Zur Verwendung kommt ein afrikanischer Rekurrensstamm, den *Steiner* freundlichst zur Verfügung stellte. Die Technik ist einfach, entweder erfolgt die Impfung mit Mause- bzw. Rattenblut aus dem Schwanz oder aus dem Herzen entnommen, oder von Mensch zu Mensch im Fieberanfall. Der Verlauf ist in den bisher beobachteten Fällen stets ein gutartiger gewesen. Der einzige Todesfall, den wir beobachtet haben, steht mit der Impfung in keinem Zusammenhange. Er erfolgte nach Ablauf der Fieberperiode im paralytischen Anfall. Nach einer Inkubationszeit von 3—10 Tagen traten meist 3—4 Anfälle in Intervallen von 5—14 Tagen von ein- bis mehrtägiger Dauer und Temperaturen bis zu 40° und darüber auf. Die hier beobachtete Höchsttemperatur war 41,3. Als Nebenerscheinungen wurden Erbrechen, Appetitlosigkeit, Glieder- und Kopfschmerzen, Schwindel und Herzschwäche beobachtet, die aber nur einmal bei einem schon weit forgeschrittenen, recht dekrepiden Kranken vorübergehend bedrohlichen Charakter angenommen haben.

Wir haben heute, d. i. seit Oktober 1922 im ganzen 16 Kranke ge-

impft, 15 Paralysen und eine Tabes, darunter sind zwei, darunter der Tabesfall, noch im Fieberstadium, bei dreien liegt die Impfung erst zwei Monate zurück, so daß diese fünf von der Berechnung ausscheiden. Von den übrigen zwei Kranken befinden sich sieben, d. h. 63,6% zurzeit in voller arbeitsfähiger Remission, davon der längste 1¼ Jahre. Bei einem, der im Februar dieses Jahres geimpft wurde, beginnt jetzt eben eine Remission, von zweien konnte ich keine Mitteilung erhalten, einer davon war in beginnender Remission entlassen worden. Einer ist, wie schon erwähnt, im paralytischen Anfalle gestorben. In einigen Fällen konnte eine Kontrolle der Liquorverhältnisse vorgenommen worden. Ein Parallelgehen der Rückbildung der Reaktionen mit der psychischen Besserung konnte auch von uns nicht festgestellt werden. Wohl aber wurden in zwei Fällen Lymphozytose, Eiweißvermehrung geringer und in 2 anderen Fällen alle vier Reaktionen negativ. Weder die Form der Paralyse noch die Höhe des Fiebers gibt Anhaltspunkte für die Prognose. Unter den beobachteten Fällen findet sich auch ein Kranker, der eine sichere Malaria gehabt hat.

Sicheres Urteil über den Erfolg dieser Behandlungsmethoden wird sich aber erst nach 10 Jahren abgeben lassen. Dem naheliegenden Gedanken diese Methode auch bei der Frühsyphilis anzuwenden, hat *Kyrle* an der Wiener Syphilodologischen Klinik aufgegriffen. Mitteilungen über Erfolge stehen noch aus [1]). In der Behandlung der Metasyphilis leisten sie jedenfalls mehr, als alle bisherigen, und zwar allem Anschein nach ist verständlicher Weise der Erfolg um so deutlicher, je früher die Behandlung einsetzt.

Diskussion: *A. Meyer*-Bonn berichtet über die bisherigen Ergebnisse der Malariabehandlung der Paralyse in der Bonner Nervenklinik: Von 7 frischen expansiven Fällen sind 2 in deutlicher Remission entlassen, 2 weitere ruhiger geworden, die übrigen 3 fortschreitend und unbeeinflußt, 15 schon vorgeschrittenere Fälle ließen nur zweimal eine gewisse körperliche Kräftigung erkennen, sonst blieben sie völlig unbeeinflußt: 5 der vorgeschrittenen Fälle sind ad exitum gekommen, davon 3 während bzw. im unmittelbaren Anschluß an die Behandlung, 2 1—2 Monate nach Abschluß derselben. Die unmittelbare Todesursache waren bei den in der Behandlung gestorbenen 2 Fällen paralytische Anfälle, anatomisch zeigte sich eine frische Pachymeningitis haemorhagica interna mit massenhafter frischer Aussaat von Plasmazellen. Das Auftreten von paralytischen Anfällen in der Behandlung fordert nach *Joßmann* und *Stennaert* zur Vorsicht in der allgemeinen Bewertung der Malariatherapie auf. In allen Fällen zeigte sich eine Aortitis luetica, die zweifellos an dem letalen Ausgange mitverantwortlich war (siehe auch *Löwenberg*, Klin. Wochenschr. 13, 1924). Alle Fälle zeigten ferner eine deutliche, zum Teil hochgradige Milzschwellung. Über das Verhalten der Spirochäten bei den im und im unmittelbaren Anschluß an das Fieber Gestorbenen sind Untersuchungen im Gange.

[1]) Einstweilen in allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie Band 81, Heft 1/2 S. 123 veröffentlicht. (Herausgeber.)

Ein klinisches Gesamturteil über die Behandlungsergebnisse erscheint noch verfrüht. Das eine nur läßt sich als sicheres Ergebnis unserer Versuche sagen, daß bei fortgeschrittenen Fällen die Behandlung im allgemeinen aussichtslos, ja sogar gefährlich ist.

Die Lymphozytose ging in den 4 günstig beeinflußten Fällen zur Norm zurück, während Wassermannsche Reaktion und Phase I kein regelmäßiges Verhalten erkennen ließen. Nur zweimal gingen bei unbeeinflußten Fällen die Lymphozytenzahlen herunter.

Über die Methode der prozentualen Berechnung der erzielten Remissionen im Vergleich zu den Spontanremissionen hat *Kirschbaum* genaue und sorgfältige Angaben gemacht. Ein weiterer und allgemeinerer Ausbau dieser als Fundament für eine einwandfreie Behandlungsstatistik so notwendigen Zahlen ist dringend erwünscht, vor allem in dem Sinne, daß die Frage der Spontanremission im frischen, ausgewählten, expansiven Material in größerem Maßstabe wie bisher nochmals geprüft wird. Die größte Schwierigkeit liegt in dem dehnbaren und schlecht bestimmbaren Begriff der Remission.

Gegenüber der Rekurrensbehandlung besitzt die Malariabehandlung den Vorzug der genaueren Dosierbarkeit des Fiebers. Die höhere Mortalität braucht bei Impfung von frischem Material nicht allzu sehr gefürchtet zu werden. Die zugunsten der Rekurrensbehandlung oft vertretene Ansicht von der biologischen Verwandtschaft der Rekurrensspirochäte zu der der Syphilis wird von führenden Fachvertretern (*W. Gärtner*), auch auf Grund der experimentellen Studien Hidakas an Affen für „oberflächlich" gehalten.

Sioli-Düsseldorf: Neben den Erfolgen der Infektionstherapie mit Rekurrens und Malaria ist die Bedeutung der Salvarsantherapie bei Paralyse nicht aus dem Auge zu lassen. Alle bisherigen Angaben über therapeutische Erfolge bei Paralyse kranken an der Unsicherheit der Tests einer Wirkung; eine größere Sicherheit wird erst möglich sein, wenn die Absterbeordnung der behandelten Paralytiker nach einigen Jahren vorliegt. *Umpfenbach.*

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

V.

Briefe aus Holland.

1. Das psychiatrische Leben an den Universitäten.

Von

Dr. H. C. Rümke (Amsterdam).

Es darf zweifellos als eine ziemlich heikle Aufgabe bezeichnet werden, den Stand der Psychiatrie in meinem Vaterlande in einer ausländischen Zeitschrift zu skizzieren. An der einen Seite droht die Scylla des Chauvinismus, an der anderen Seite erhebt sich die Charybdis einer zu starken Beleuchtung von Mißständen auf eigenem Boden, welch letztere in eigener Umgebung äußerst heilsam und ersprießlich ist, die aber vor dem Forum ausländischer Leser eine unsympathische Seite hat. Ich glaube diese beiden Schwierigkeiten am besten umgehen zu können durch eine bewußt subjektive Färbung meiner Skizze. Hierdurch wird der Chauvinismus ohne weiteres weniger gefährlich und verliert das Anführen weniger erwünschter Zustände durch die selbst zugegebene Subjektivität der Meinung an Schärfe. Naturgemäß kann diese kurze Skizze keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Vielleicht werden mir Namen, die verdient hätten, genannt zu werden, entgehen. Man bedenke, daß diese Skizze nicht bezweckt, eine vollständige Bibliographie der niederländischen Psychiatrie zu geben, sondern nur in einzelnen Linien das psychiatrische Leben in unserem Lande skizzieren und dadurch das Streben der niederländischen Psychiater in weiteren Kreisen bekannt machen möchte. Um meinen Mitteilungen von Anfang an ein zwangloses Gepräge zu geben, habe ich für dieselben die Briefform gewählt, wobei ich mir wohl bewußt bin, die erforderlichen Stilqualitäten zu dieser in unserer Zeit leider zu wenig angewandten ansprechenden Kommunikationsweise nicht in hinreichendem Grade zu besitzen. Ich betrachte meine Aufgabe als eine dankbare, namentlich im Hinblick darauf, daß die niederländische Psychiatrie im Auslande so gut wie unbekannt ist. Dies zeigte sich mir wiederholt bei Besuchen an ausländischen Kliniken aus der wohlwollend gemeinten, doch stets etwas herablassenden Weise, in der man seine Befriedigung zeigte, wenn sich herausstellte, daß der Holländer auch sehr gewöhnliche psychiatrische Dinge kannte. Ich sage nicht, daß diese

Haltung bei den Besten gefunden wurde; sie ist indessen bezeichnend für das bewußte oder unbewußte Urteil über die Psychiatrie in Niederland. Falls es mir gelingen sollte, dazu beizutragen, dieses Mißverständnis zu beseitigen, habe ich einen wesentlichen Teil meiner Aufgabe erfüllt.

Vorausgeschickt sei dieses: In Niederland nimmt die Psychiatrie während der letzten Jahre nicht die Stelle ein, die ihr gebührt; dies ist wohl das Peinlichste von allem, was ich zu sagen haben werde. Der Durchschnittsarzt weiß von Psychiatrie fast nichts; in den niederländischen medizinischen Zeitschriften wird viel mehr über Neurologie als über psychiatrische Gegenstände geschrieben. Referate über psychiatrische Materien werden nahezu nicht geliefert. Auf den Programmen des niederländischen Vereins für Psychiatrie und Neurologie nehmen neurologische Gegenstände weitaus den größten Raum ein und erregen das größte Interesse. Amsterdam hat einen blühenden Neurologenverein. An das Gründen eines Vereins für Psychiatrie wird nicht gedacht. Die Psychiatrie als Wissenschaft steht nicht im Ansehen, weder bei den Psychiater-Neurologen selbst, noch bei den Vertretern der anderen medizinischen Wissenschaften. In unserem Lande kann es vorkommen, daß ein Professor in irgend einem Zweige der Medizin es geradezu bedauert, wenn sich ein intelligenter Student in Psychiatrie zu spezialisieren wünscht. Man könnte die Frage aufwerfen, ob vielleicht die Neurologie den Holländern besser „liegt" als die Psychiatrie. Eine Tatsache ist, daß in Holland die Neurologie blüht. Wir haben Forscher von internationalem Rufe; sie können sich unbedenklich den besten Ausländern zur Seite stellen. Dies tritt deutlich in dem Umstande zutage, daß bei der Abfassung des größten Handbuches der Neurologie, demjenigen von *Lewandowsky*, zwei Niederländer, *Wertheim-Salomonson* und *Quix*, ihre Mitwirkung verliehen. Der Name des leider kürzlich verstorbenen *Wertheim-Salomonson* als „Peripher-Neurologe", als Röntgenologe und Konstrukteur äußerst sinnreicher Apparate, u. a. eines Apparates zum Photographieren des Fundus oculi, ist in fast allen Kulturländern bekannt. Der Name *Winkler* wird in der Schweiz gleichwertig neben den Namen *v. Monakow* und *Déjérine* genannt. Das Niederländische Institut für Hirnforschung unter Leitung von *Ariens Kappers* ist ein Anziehungspunkt für Forscher aus allen Teilen der Welt. Indessen kann Niederland nicht nur auf einzelne hervorragende Neurologen hinweisen; vielmehr gibt es eine große Anzahl Ärzte, die sich für Neurologie interessieren. Diese Tatsache wird auch dadurch bewiesen, daß ein Verleger das Risiko auf sich nahm, ein von Niederländern in niederländischer Sprache geschriebenes Lehrbuch herauszugeben, das in wahrscheinlich 6 Bänden erscheinen wird. Dieses Buch wird von den Professoren *L. Bouman* und *Brouwer* redigiert. Wäre dieses Werk in französischer oder deutscher Sprache geschrieben, so würde es fraglos direkt neben dem *Lewandowsky*schen Handbuch genannt werden. Doch dies ist nicht alles. *Winkler* hat die wahrhaft gigantische Aufgabe auf sich genommen, allein ein Handbuch der Neurologie von großem Umfange zu schreiben. Auch von diesem Werke sind bereits einige Teile erschienen. Aber auch die Arbeit einiger, nicht in irgendwelchem akademischen Verband tätigen Gelehrten fand schon seit längerem im In- und Auslande Anerkennung. So ist z. B. *van Valkenburg* als Neurologe sicherlich kein Unbekannter.

die Arbeiten von *Muskens* und *Bolten* findet man wiederholt zitiert. Gegenüber dieser Schar von Forschern auf neurologischem Gebiet fällt es schwer, gleichwertige Psychiater zu nennen. Was dürfte nun wohl die Ursache dieser Erscheinung sein? Die populäre Vorstellung, daß sich der holländische Charakter vorzugsweise durch Nüchternheit und praktischen Sinn kennzeichnen solle und daß diese Eigenschaften mehr zur wissenschaftlichen Arbeit auf neurologischem als auf psychiatrischem Gebiet befähigen dürften, bietet hierfür keine Erklärung. Vielleicht ist es wahr, daß der Holländer besonders nüchtern und praktisch ist; vielleicht sind es seine auffallendsten, aber gewiß nicht seine wesentlichsten Eigenschaften. Die reiche Gefühlstiefe, die Wärme, die psychologische Fähigkeit tiefen Eindringens, das umfassende Verstehen und Einfühlen tritt aus der außerordentlich reichen holländischen Belletristik und der feinen kritischen Arbeit einiger Essayisten derart klar zutage, daß sie den wohlfeilen Gemeinplatz „nüchterner Holländer" gründlich Lügen strafen, falls man unter nüchtern ein Nichtbegreifen psychischer Werte verstehen will. Freilich ist wahr, daß einige meinen, daß das höchste Prädikat, welches man einem Manne der Wissenschaft geben kann, dasjenige ist „nüchtern" zu sein, worunter dann exakt-naturwissenschaftlich verstanden wird. Das starke Überschätzen exakt-naturwissenschaftlicher Methoden auf dem Gebiete des Geisteslebens kommt in der Tat auch in Holland viel vor, wobei zweifelsohne Reste einer veralteten Art von Materialismus eine Rolle spielen. Es ist selbstverständlich, daß das Huldigen einer einseitigen Naturwissenschaftlichkeit der Entwicklung der Psychiatrie im Wege stehen muß. Indessen glaube ich nicht, daß dies die Hauptursache für die Tatsache ist, daß in Niederland die Psychiatrie in bezug auf die Neurologie zurückgeblieben ist. Vielmehr dürfte hierfür ein mehr oder weniger zufälliges Zusammentreffen von Umständen als Ursache anzugeben sein. In den letzten 20 Jahren war *Winkler* die führende Persönlichkeit im Kreise der niederländischen Psychiater und Neurologen. Seine leidenschaftliche Begeisterung für Hirnanatomie wußte zahlreiche Jüngere für diese Wissenschaft mit sich zu reißen. Fraglos hat er sich auch auf psychiatrischem Gebiet betätigt; aber diese Seite seiner Tätigkeit tritt völlig in den Hintergrund im Vergleich zu seinen anderweitigen Leistungen. Seine glänzenden Verdienste werden von uns allen anerkannt; wir ehren in ihm den Großmeister und Begründer der niederländischen Neurologie. Es läßt sich indessen nicht leugnen, daß durch die starke Persönlichkeit dieses Führers die Psychiatrie und das psychiatrische Streben, das sich nicht ausschließlich auf die Kenntnis des organischen Substrates, sondern auch auf die echte Pathopsychologie stützen wollte, in ihrer Entwicklung gehemmt wurden. Es ist durchaus unangebracht, *Winkler* hierüber einen Vorwurf zu machen; jedoch ist es gut, sich diese Tatsachen vor Augen zu halten. Daß z. B. eine autologisch orientierte psychiatrische Untersuchung in unserem Lande seitens vieler Neurologen als unwissenschaftlich gebrandmarkt wird, ist zu einem Teile seinem Einflusse zuzuschreiben. Dieser Umstand allein schon kann für Forscher, die auch akademisch vorwärts kommen wollen, ein Anlaß sein, sich mehr auf neurologischem Gebiete zu bewegen als dies ihrer ursprünglichen Anlage entspricht, da sie sicher sein können, für neurologische Betätigung

mehr Anerkennung zu finden. Diese Konstellation weist deutlich darauf hin, wie sehr erwünscht es ist, die Lehrstühle für Neurologie und Psychiatrie zu trennen. Hätte ein Mann wie *Winkler* ein ausgesprochenes Interesse für Psychiatrie gehabt, so würden wir in unserem Lande wahrscheinlich eine blühende Psychiatrie und eine zu wenig entwickelte Neurologie gehabt haben, was ebenso verkehrt gewesen wäre. Als Beweis, wie sehr *Winkler* namentlich in neurologischer Richtung anregend wirkte, möge der Umstand gelten, daß bis 1918 von den 40 unter seiner Leitung entstandenen Dissertationen nur 5 psychiatrischen oder psychologischen Gegenständen gewidmet waren. Wenn man sich nun nicht geradezu blindstarrt auf die neurologischen Leistungen der Niederländer, dann sieht man, daß in minder auffallender Weise doch auch psychiatrische Arbeit geliefert wurde. Es ist interessant, zu beobachten, wie der Individualismus des Holländers sich widerspiegelt in der Art und Weise, wie die Psychiatrie in unserem Lande ausgeübt wird. Niederland zählt 5 Professoren in Psychiatrie und Neurologie. Sie residieren in ihren Kliniken wie in abgeschlossenen Burgen. Jeder hat eine ausgeprägt eigene Richtung. Gemeinschaftliches Arbeiten und wechselseitige Beeinflussung sind auf ein recht geringes Maß beschränkt. Die einzelnen Richtungen lassen sich mit wenigen Worten charakterisieren. In Utrecht (*Winkler*) herrscht die neurologische Richtung, in Leiden (*Jelgersma*) war es bis etwa 1913 die klinisch-psychiatrische und danach die psychoanalytische, in Groningen (*Wiersma*) die experimentell-psychologische und in Amsterdam an der Gemeinde-Universität (*K. H. Bouman*) die sozial-psychiatrische Richtung, während an der Freien Universität daselbst in *L. Bouman* die verstehend psychologische und die histopathologische Richtung ihren Vertreter findet. Ich werde nunmehr versuchen, dem Leser eine kurze Übersicht über die Arbeit in diesen verschiedenen Kliniken und diejenigen, die sich auf diesen Gebieten betätigen, zu geben.

Über die Arbeit auf psychiatrischem Gebiet aus der Klinik Professor *Winklers* kann ich nach demjenigen, was ich oben über die Bedeutung *Winklers* als Neurologe sagte, kurz sein. Als Psychiater hat *Winkler* sich namentlich auf dem Gebiete der kriminellen Anthropologie bewegt, worüber verschiedene Beiträge von seiner Hand erschienen. So wurde u. a. auf die Bedeutung *Lombrosos* von ihm in Holland hingewiesen. Ohne damit sagen zu wollen, daß *Winkler* sich völlig auf die Auffassungen *Wernickes* festlegte, kann doch gesagt werden, daß die von ihm dozierte Psychiatrie sich zu einem großen Teile auf die Ansichten *Wernickes* stützt. Die meisten der in Holland tätigen Neurologen können als Schüler *Winklers* betrachtet werden.

Bis vor einigen Jahren konnte der Professor der Psychiatrie und Neurologie an der Leidener Universität, Prof. Dr. *G. Jelgersma*, als alleiniger Führer der niederländischen Psychiatrie gelten. In ihm haben wir einen bahnbrechenden Forscher zu schätzen, der sich u. a. durch sein in unserem Lande allgemein bekannt gewordenes Lehrbuch der Psychiatrie den ihm gebührenden Ruf erworben hat. *Jelgersmas* Name ist im Auslande besonders durch seine Untersuchungen nach dem pathologisch-anatomischen Substrat der Paralysis agitans und durch seine Studien über das Zerebellum bekannt geworden. Dieses Werk stellt jedoch nur einen kleinen

Teil der umfangreichen Betätigung dieses bescheidenen Gelehrten dar. Von seinen psychiatrischen Arbeiten hat namentlich in Deutschland „Das System der Psychosen", das in der „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie" erschien, viel Anerkennung gefunden. Hierin ist ein Teil seiner jahrelangen klinischen Erfahrung niedergelegt. Seine Betrachtungen über das, was man jetzt den endogenen und exogenen Reaktionstypus nennt, die schon lange vor den bekannten Studien *Bonhoeffers* erschienen und großenteils mit dessen Ansichten übereinstimmten, hätten fraglos die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gelenkt, wenn sie in einer anderen Sprache als der holländischen geschrieben wären. Beachtung verdienen auch *Jelgersmas* Betrachtungen über Hysterie, die er auf dem internationalen Kongreß für Psychologie und Neurologie in Amsterdam (1907) in einem Vortrage unter dem Titel „Die Natur der Hysterie" darlegte. Laut diesen Auffassungen können zahlreiche hysterische Erscheinungen durch Kurzschluß erklärt werden. Diese Ansichten zeigen Ähnlichkeit mit einigen in der Abhandlung *Kretschmers* „Über Hysterie" geäußerten Ideen und mit den Auffassungen *Bleulers* in dessen Beschreibung bestimmter seelischer Funktionen unter dem Titel „Gelegenheitsapparate". Ferner verteidigt *Jelgersma* seit Jahren die Auffassung, daß in dem „Manisch-Depressiven" ein allgemein menschlicher Zug zum Ausdruck gelangt, während das hysterische Reagieren nicht als ein allgemein menschlicher Zug, sondern als eine besondere Charakterform betrachtet werden muß. Die der Psychiatrie *Jelgersmas* zugrunde liegende Psychologie wurzelt in rein materialistischem Boden. Sie muß zu der jetzt wohl als veraltet zu betrachtenden Assoziationspsychologie gezählt werden. Auch als Organisator hat *Jelgersma* große Verdienste. Dies zeigt sich namentlich in seinem Kampf um möglichst freie Verpflegung von Psychosepatienten, wodurch er den Anstoß gegeben hat zur Gründung freier Sanatorien und zur Schaffung besonderer freien Abteilungen in Anstalten. Seit 10 Jahren hat sich *Jelgersma* mit Herz und Seele der Psychoanalyse gewidmet. Im Jahre 1913 hielt er eine Rektoratsrede, „ungewußtes Geistesleben" in der er sich als ein begeisterter Anhänger *Freud's* erwies. (Diese Rede erschien in der Internationalen Zeitschrift für ärztliche Psychoan., 1914, Beiheft Nr. 1.) Soweit ich weiß war *Jelgersma* der erste offizielle Professor der Psychiatrie, der sich öffentlich völlig für die Psychoanalyse (mit erheblich geringeren Einschränkungen als *Bleuler*) erklärte, was in jener Zeit fraglos als eine Tat persönlichen Mutes und ein Beweis eines unabhängigen Charakters gelten darf. Dies müssen auch diejenigen, die *Jelgersma* diesbezüglich nicht folgen, zugeben. Seitdem ist *Jelgersma* der Psychoanalyse treu geblieben. Eine andere Frage freilich ist, ob dieser Umstand der klinisch-psychiatrischen Tätigkeit *Jelgersmas* zum Vorteil gereichte. Ich wage es, dies zu bezweifeln; eine Tatsache ist, daß *Jelgersma* in der letzten Zeit nicht mehr ganz die führende Stellung von früher einnimmt. Er hat verhältnismäßig wenig Schule gemacht. Als einer seiner älteren Schüler ist *van der Hoeven* zu nennen, von dessen Hand eine ausgezeichnete Psychiatrie für Juristen erschien: „Psychiatrie, eine Einführung für Juristen", 1913. *Janssens* hat neben verschiedenen histopathologischen Untersuchungen Beiträge zur klinischen Psychiatrie geliefert, u. a. über die Alzheimersche Krankheit, über

epileptiforme Anfälle in der Gravidität und über Stereotypien. Von seinen jüngeren Schülern ist zweifellos *F. P. Muller* der bedeutendste, der eine vortreffliche psychologische Studie „Denken, Streben und Wirklichkeit", Untersuchungen auf dem Gebiete der Psychopathologie, publizierte. Diese Arbeit kann sich den besten ausländischen psychologischen Werken an die Seite stellen. Von ihm erschienen außerdem Beiträge zur Psychologie der Dementia praecox und über die Erscheinung der „Verwirrtheit".— Der durch seine anatomischen und neuropathologischen Arbeiten bekannte *E. de Vries* beschäftigt sich als Psychiater ziemlich ausschließlich mit Untersuchungen über Kinder mit Entwicklungsstörungen in der Intelligenz. Stark unter Einfluß der psychoanalytischen Schule steht die 1923 erschienene Dissertation *Rombouts* „Über Streben, Persönlichkeit und Ideal". In dieser sind die neuesten Ergebnisse auf dem Gebiete der Psychoanalyse, Phänomenologie und Entwicklungspsychologie verarbeitet. Er liefert einen guten Beitrag zum Erkennen und Beurteilen verschiedener Typen von Idealisten. *Van der Hoop*, der nicht im eigentlichen Sinne als Schüler *Jelgersmas* zu betrachten ist, promovierte bei letzterem auf eine Dissertation: „Ein Fall von Schizophrenie, eine psychopathologische Untersuchung". Auf die Arbeit *van der Hoops* komme ich in einem andern Verband noch näher zurück. In einem kürzlich erschienenen Artikel von *Carp* und *Kraus*: „Über die Veränderung des Persönlichkeitsbewußtseins in einem Fall von Melancholica anaesthetica", der in der „*Jelgersma*-Nummer" der Psych. Neurol. Bladen (Festschrift anläßlich des 25 jährigen Professorates *Jelgersmas*) veröffentlicht wurde, wird die phänomenologische Methode erfolgreich angewandt.

Ein ganz anderes Gepräge trägt die Arbeit des Groninger Professors der Psychiatrie, Prof. *E. D. Wiersma*. Das Interesse für klinisch-psychiatrische Probleme ist bei ihm und seinen Schülern verhältnismäßig gering. Im Zentrum seines Interesses steht die experimentelle Psychologie. Das Thema seiner Inauguralrede „Das psychologische Experiment in der Psychiatrie" klingt durch alle seine Arbeiten hindurch. Im Auslande ist *Wiersma* besonders durch seine Untersuchung nach Korrelationen bestimmter Charaktereigenschaften bekannt geworden, welche Untersuchung er gemeinschaftlich mit dem bekannten Philosophen *G. Heymanns* und teilweise auf dessen Anregung anstellte. In diesem Werke ist eine ganze Charakterologie aufgebaut. Als Grundeigenschaften gelten dabei die Eigenschaften emotionell — nicht emotionell, aktiv — nicht aktiv, primär, sekundär funktionierend. Zahlreiche Experimente wurden von *Wiersma* erdacht, um diese verschiedenen Eigenschaften experimentell zu untersuchen und soviel wie möglich in Zahlen auszudrücken. Wenn auch gegen diese Ermittlungsmethode viele begründete Einwände zu erheben sind, so wurden doch auf diese Weise interessante Korrelationen gefunden (vgl. die Bemerkungen hierüber in *Jaspers*: Allgemeine Psychopathologie). Die spezielle Betätigung *Wiersmas* kann man am besten kennen lernen aus folgenden, auch Ausländern zugänglichen, Veröffentlichungen: „Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung", Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, 1906; ferner „Die Korrelationen der Aktivität, der Emotionalität und der Sekundärfunktion"; Die Charaktertypen, 1909. Kennzeichnend für *Wiersmas*

Ansichten über Bewußtseinserniedrigung ist seine Abhandlung „Die Psychologie der Epilepsie": Folia Neurobiologica 1910. Wichtig in Verband mit seinem Streben, die Erscheinungen des kranken Seelenlebens aus denjenigen des normalen abzuleiten, ist u. a. seine Publikation „Die Sekundärfunktion bei Psychosen", Journal für Psychiatrie und Neurologie. Bd. III, 1906. In späteren Jahren wurden verschiedene Intelligenzteste unter seiner Leitung ausgearbeitet. Des weitern lieferte er Beiträge über das psychogalvanische Reflexphänomen und über Plethysmographie. Auch *Wiersma* hat verhältnismäßig wenig Schule gemacht. Der bekannteste seiner Schüler ist wohl *Godefroy*, der später an der Klinik Prof. *K. H. Boumans* in Amsterdam ein Arbeitsfeld fand. Von *Godefroys* Arbeiten mögen an diesem Zusammenhang seine „Untersuchungen über Aufmerksamkeitsbestimmungen bei Gesunden und Kranken" und „Beiträge zu der Differentialdiagnostik zwischen Epilepsie und Hysterie" (Psychiatrisch-Neurologische Bladen, 1915) genannt werden. *Kiewiet de Jonge* schrieb eine Studie „Die Abnahme der psychischen Energie und der Bewußtseinshöhe als Ursache des krankhaften Geisteslebens", eine Studie, die als mehr oder weniger typisch für die Schule *Wiersmas* betrachtet werden darf. Von *Weinberg* erschien eine Arbeit unter dem Titel: „Der Parallelismus einiger psychophysiologischer Reflexe". *Van der Horst* stellte eine experimentell-psychologische Untersuchung zur näheren Unterscheidung von Schizothymen und Zykloiden einerseits und Leptosomen und Pyknikern anderseits an. Diese Arbeit steht außer dem Einflusse der Schule *Wiersmas* unter demjenigen der Tübinger Schule namentlich *Kretschmers*. Dieses Werk „Konstitutionstypen bei Geisteskranken und Gesunden", Dissertation, Groningen, 1924, wird von *Kretschmer* in seinem zusammen mit *Kehrer* geschriebenen Buche „Die Veranlagung zu seelischen Störungen" ausführlich besprochen und sehr anerkennend beurteilt. *Wiersma* und seine Schule stehen ziemlich isoliert da; ausländische Einflüsse lassen sich außer in der Arbeit *v. d. Horsts* sogut wie gar nicht nachweisen.

Das psychiatrische Leben in Amsterdam wird von den beiden Professoren der Gemeinde- und der Freien Universität, Prof. Dr. *K. H. Bouman* und Prof. Dr. *L. Bouman* beherrscht. —

Seit 1916 doziert *K. H. Bouman* als Nachfolger *Winklers* die Psychiatrie an der Gemeinde-Universität. Durch den Umstand, daß sich sein Interesse stärker in der Richtung der Psychiatrie als in derjenigen der Neurologie bewegt, bedeutete sein Auftreten eine Belebung des Interesses für die Psychiatrie an der Gemeinde-Universität. Mehr als von einem der anderen Professoren der Psychiatrie kann von ihm gesagt werden daß ihm vor allem soziale Probleme am Herzen liegen. Dadurch hat, wenn er sich auch auf nahezu allen Gebieten der Psychiatrie bewegte, seine Arbeit eine eigene Richtung und ein eigenes Gepräge. Von seiner Hand erschienen mehrere wertvolle Artikel über Alkoholprobleme, so z. B. „Psychosen bei Trinkern", „Die Frau und der Alkohol", „Alkoholismus bei Frauen", „Neue Ziffern über Alkoholismus". Auch pädagogischen und kriminellen Problemen, sowie solchen über die Genese der Kunst, wendet er sein lebhaftes Interesse zu. Das Thema seiner Inauguralrede 1916 lautete: „Probleme der Entartung und Begabung". Er sammelte anthropologische Daten über das Schülermaterial der Amsterdamer Schulen. Eine äußerst

interessante, auch Ausländern zugängliche Studie mit dem Titel „Das biogenetische Grundgesetz und die Psychologie der primitiven bildenden Kunst" erschien in der Zeitschr. f. angewandte Psychologie, Bd. XIV, Heft 3/4, 1918 und eine andere: „Über die psychischen Elemente des primitiven bildenden Kunstwerkes" 1923 in der Zeitschrift „Kinderstudium". In dem Lehrbuch der Neurologie von *L. Bouman* und *Brouwer* bearbeitete *K. H. Bouman* das Kapitel „Untersuchung nach dem Intellekt". In den letzten Jahren wandte er sein Interesse auch der Histopathologie der Psychosen zu. Gemeinschaftlich mit dem Neurologen *Brouwer* schrieb er über die Histopathologie bei deliranten Psychosen. Gegenwärtig ist er mit einem Werke über histopathologische Veränderungen im Zerebrum von Patienten mit Dementia praecox beschäftigt. Aus der Klinik Prof. *K. H. Boumans* erscheint jährlich eine Reihe Publikationen seiner Mitarbeiter und Schüler. *Godefroy* machte sich namentlich verdient durch die sog. „Lightline registration", mit der verschiedene Bewegungsanomalien äußerst genau registriert werden können. Ferner erschienen von *Godefroy* Studien über das psychogalvanische Reflexphänomen bei Patienten mit Morbus Basedowi, wobei die Technik von *Godefroy* erheblich verbessert wurde. Diese in englischer Sprache geschriebenen Veröffentlichungen sind Ausländern zugänglich (Psychologisch-Neurologische Bladen). Auch er beschäftigt sich vorzugsweise mit pädagogischen Fragen (Montessori). Von den übrigen aus der Klinik Prof. *K. H. Boumans* erschienenen psychiatrischen Arbeiten verdienen Erwähnung: *S. P. Bakker* über „Schwangerschaft und Epilepsie"; *J. de Jongh*: „Experimentelle Untersuchung über das moralische Urteil", Dissertation 1921; *H. P. J. Koenen*: „Physioplastik bei Kindern", Dissertation 1921; *S. P. Bakker* und *Oltmans*: „Über Psychopathen".

In der Arbeit des Professors der Psychiatrie und Neurologie an der Freien Universität in Amsterdam, Direktor der Valeriusklinik, der zuerst gegründeten psychiatrischen Klinik in Niederland, Prof. Dr. *L. Bouman* sind einige Hauptlinien zu erkennen. Als vorwiegend klinischer Psychiater äußerte sich sein Interesse für die verstehende Psychologie in Wort und Schrift vom Beginn seiner Tätigkeit an bis auf heute. Schon 1907 wies er auf die Einfühlung als psychologische Methode hin, die auch für die klinische Psychiatrie wertvoll werden könnte. Des weiteren betonte er — was für Holland ein ganz neuer Klang —, daß die Schöpfungen von Künstlern für die wissenschaftliche Psychiatrie von Wichtigkeit sein könnten. Auch auf die große Bedeutung der Heiligen Schrift verwies er mit stärkstem Nachdruck. „Die Erfahrung der Gläubigen hat schon jahrhundertelang gezeigt, daß in der Bibel angetroffene Worte Beschreibungen von Zuständen geben, welche die Selbstbeobachtung als wahre erkennen muß". Sehr beachtenswert ist auch der Umstand, daß schon 1907 von *L. Bouman* angegeben wurde, daß bei kritischer Sichtung die Psychoanalyse wertvolle Data für die Psychopathologie liefere. Diese Vorliebe für die verstehende Psychologie findet man überall in der Arbeit *L. Boumans* zurück; gerade sie ist es, die ihm unter den niederländischen Psychiatern eine sehr spezielle Stellung einnehmen läßt. Die Bedeutung dessen, was *Jaspers* für die psychologischen Wissenschaften leistete, wurde schon sehr früh von ihm erkannt; bereits 1913 hielt er eine Reihe Vorlesungen über *Jaspers* „Allgemeine

Psychopathologie". 1916 führte er in einer Rede, welche damals zu wenig Beachtung fand, die „verständlichen Zusammenhänge" in dem Niederländischen Verein für Psychiatrie und Neurologie ein. Strömungen in der modernen Psychologie wurden von ihm gar bald signalisiert und kritisch besprochen, wie dies u. a. durch eine 1915 erschienene Studie über psychische Aktivität bewiesen wird. Auch auf die Psychologie *Külpes* lenkte er die Aufmerksamkeit und es ist bezeichnend für seine Vielseitigkeit, daß er sich auch auf dem Gebiete der experimentellen Psychologie und deren Bedeutung für die Klinik mit Erfolg bewegt hat. In früheren Jahren erschien von ihm eine Arbeit über die Bedeutung der Assoziationen (— auch in deutscher Sprache veröffentlicht —), einige Jahre später eine Studie: „Experimentelle Untersuchungen über den Willen bei Normalen und Psychopathen", die u. a. die Aufmerksamkeit *Lindworskys* erregte. Seit kurzem arbeitet er mit dem jetzt auch in seiner Klinik tätigen Psychologen *A. Grünbaum* zusammen. Aus dieser gemeinschaftlichen Arbeit entstand u. a. eine Studie über die Aphasie, die zunächst erscheinen wird. Übrigens hatten die Probleme der Aphasie schon jahrelang das Interesse *L. Boumans* auf sich gezogen, namentlich deren psychologische Seite. Eine ausführliche übersichtliche Abhandlung über die Aphasie erschien von seiner Hand in dem oben beschriebenen „Lehrbuch der Nervenkrankheiten".

Auch ein ganz anderes Gebiet, nämlich die Histopathologie der Psychosen, wurde sorgfältig von ihm bearbeitet. Die Resultate seiner Betätigung auf diesem Gebiete sind leider im Auslande nicht hinreichend bekannt geworden. Ich nenne hier namentlich seine Beschreibung der von ihm gefundenen und mit dem Namen Torpedos bezeichneten Gebilde bei Dementia senilis und seine Abhandlungen über senile Plaques. Ebenfalls sei hier, obwohl dies nicht zur Psychiatrie gehört, an seine histopathologischen Befunde bei Tetanus erinnert. *L. Bouman* war der erste, der in Niederland die Spirochaete pallida im Zerebrum von Patienten mit Dementia paralytica nachwies. Auch auf klinisch psychiatrischem Gebiet hat er sich erfolgreich betätigt; ich nenne hier seine Studien über phychische Infektion, die Behandlung der Paralyse, Luespsychosen und über Grippepsychosen. Er lenkte in unserem Lande die Aufmerksamkeit auf das Werk *Kretschmers*, auf die struktur-analytischen Betrachtungen *Birnbaums* und auf die genealogischen Studien *Rüdins* und seiner Mitarbeiter. Vor allem aber äußert sich sein Interesse für klinische Probleme in den Arbeiten seiner Schüler, die er in hohem Grade zu klinisch-psychiatrischer Forschung anzuregen wußte, wobei er sie stets über die neuesten Ergebnisse ausländischer Forscher auf psychiatrischem Wege orientierte. So erschien von *Scheffer* eine Untersuchung über die Bedeutung der katatonen Symptome, die leider nicht in Französisch, Englisch oder Deutsch übersetzt wurde, von *Beck* eine Studie über „Zwang und Depression", von *Heidema* eine Untersuchung über Blutzuckerbestimmungen bei verschiedenen Psychosen, von *L. Bouman* und *van Hasselt* eine Studie über die *Abderhaldens*che Reaktion bei Psychosen, die zu einem negativen Resultat führte, von *de Monchy* eine Arbeit über „Die Zergliederung des psychischen Krankheitsbildes bei Arteriosclerosis cerebri" und von *Westerterp* eine Studie über Paranoia. Von mir wurde die Bedeutung

der phänomenologischen Untersuchung für die klinische Psychiatrie in den Vordergrund gerückt in einem Beitrage zur Kenntnis des Beziehungswahnes und einer Studie „Zur Phänomenologie und Klinik der Glücksgefühle". Von *Janzen* und *Hutter* wurden die Resultate der „Malariabehandlung" der Dementia paralytica bei den in der Valeriusklinik behandelten Patienten statistisch untersucht. Sie erachten die erzielten Resultate erheblich geringer, als diejenigen, die in den ausländischen Publikationen mitgeteilt werden, weshalb sie denn auch einen sehr skeptischen Standpunkt einnehmen. Von *Herman de Jong*, jetzigem ersten Assistenten des Neurologen *Brouwer*, wurde in dem Laboratorium *L. Boumans* eine Dissertation ausgearbeitet: „Die Hauptgesetze einiger wichtiger körperlichen Erscheinungen beim psychischen Geschehen von Normalen u. Geisteskranken". Von *de Jong* wurde ebenfalls eine vergleichend-psychologische Methode beschrieben, um die niederen Stufen der Idiotie essentiell abzugrenzen.

Meine Übersicht über die psychiatrische Betätigung an den hiesigen Universitäten ist hiermit beendigt. Es möge daraus hervorgehen, daß die Kennzeichen eines blühenden psychiatrischen Lebens fraglos in Niederland vorhanden sind. Was noch fehlt, ist ein größeres Interesse, eine bessere Zusammenwirkung und eine angemessenere Wertung der bisher überschätzten Bedeutung der Neuropathologie für die Psychopathologie. Falls die Zeichen nicht trügen, dann hat die Psychiatrie in Niederland eine große Zukunft; denn namentlich bei der jüngeren Generation ist ein zu einem großen Teile unter Einfluß der Amsterdamer Professoren herbeigeführter Umschlag des Interesses wahrzunehmen, während die Leidener Schule unermüdet weiter arbeitet.

Ich besprach in diesem Briefe den Stand der Psychiatrie an den hiesigen Universitäten. Durch den Umfang des Gegenstandes mußte meine Skizze oberflächlich bleiben. In meinen folgenden Briefen hoffe ich mich über die wertvolle Arbeit verbreiten zu können, welche von den Anstaltsärzten und denjenigen, welche nicht in irgend einem akademischen Verbande stehen, geleistet wird. Dabei werden Gegenstände wie Psychopathenfürsorge, Familienverpflegung, geistige Hygiene, Berufswahl und was diesbezüglich in Holland getan wird, Besprechung finden.

Kleinere Mitteilungen.

Die preußische Medizinalverwaltung hat eine erneute Anfrage über Ausbreitung und Folgen der Encephalitis lethargica bei sämtlichen Ärzten Preußens veranlaßt. Dieselbe Medizinalverwaltung hat ein Merkblatt über die Encephalitis herausgegeben, in dem 3 Formen: die lethargische, die akut hyperkinetische und die chronische Verlaufsform skizziert werden. Der eigenartigen Erscheinungen der Kinderencephalitis: hart, näckige Schlaflosigkeit mit großer Unruhe und chronischer Charakterumbildung, die sich in Eigensinn, Zanksucht, Unleidlichkeit usw. äußert wird gedacht. Für die Heilbehandlung akut Erkrankter wird von guter Wirkung intramuskulärer Einspritzungen von Rekonvaleszentenserum berichtet. Die bisherigen Versuche der Behandlung des chronischen Stadiums mit denselben Serumeinspritzungen lassen noch kein sicheres Urteil zu. Die Regierung hat zur Erforschung des Erregers der Krankheit und zur Ausarbeitung einer spezifischen Behandlungsmethode erheb liche Mittel zur Verfügung gestellt.

Bewerbungen um den Alvarengapreis in Höhe von 300 Dollar sind bis 1. 5. 25 an das Sekretariat des Ärztekollegiums in Philadelphia zu richten. In Frage kommen bisher unveröffentlichte Aufsätze über ein medizinisches Thema, die eine Vermehrung des Wissens bedeuten und auf eigenen oder literarischen Untersuchungen beruhen. Englische Sprache und Maschinenschrift sind vorgeschrieben.

Innerhalb des Deutschen Vereins für Psychiatrie ist vor Jahren ein Verein zum Austausch der Anstaltsberichte gegründet worden. Der Schriftführer des Deutschen Vereins für Psychiatrie führte ein Verzeichnis der Anstalten, die sich zum Austausch ihrer Berichte bereit erklärt haben, und sandte dieses in Form von Adressenstreifen immer derjenigen Anstaltsleitung zu, welche ihren gedruckten Bericht versenden wollte. Nun haben sich die Verhältnisse sehr geändert, und die Beziehungen mit vielen außerdeutschen Anstalten, die Mitglieder dieses Vereins waren, sind noch nicht wieder aufgenommen worden. Auch ist nur ein geringer Teil von deutschen Anstalten in der Lage, ihren Jahresbericht drucken zu lassen. Der gegenwärtige Schriftführer Dr. *Ilberg* in Sonnenstein bei Pirna (Sachsen) bittet daher alle Anstaltsleitungen

innerhalb und außerhalb des Deutschen Reiches, welche einen Bericht drucken und in dem genannten Verein zum Austausch der Anstaltsberichte bleiben oder neu in ihn eintreten wollen, ihm ihre Aresse zur Neuaufstellung dieses Verzeichnisses zusenden zu wollen.

Personalnachrichten.

Gestorben:

Professor der Psychiatrie und Nervenheilkunde an der Budapester Universität Dr. Ernst Emil *Moravcsik*;

Sanitätsrat Dr. Franz *Sclarek*, dirig. Arzt der städt. Irrenanstalt Berlin-Buch,

Medizinalrat Dr. Arthur *Schultes*, stellvertr. Direktor und Oberarzt der badischen Heil- und Pfleganstalt Illenau.

In den Ruhestand trat

der ord. Professor Dr. Rudolf *Weber* an der Universität Genf.

Versetzt wurden:

Oberarzt Dr. *Brandt* von Görden an Landesirrenanstalt Teupitz;

Oberarzt Dr. *Michalke* von Eberswalde an Landesanstalt Görden;

Oberarzt Dr. *von Schuckmann* von Plagwitz als erster Oberarzt nach Lüben;

Dr. *Freyschlag* schied aus der Landesheil- und Pfleganstalt Gießen aus und Dr. Fritz *Hofmann* aus Heuchelheim trat in Gießen ein.

Oberarzt Dr. *Grütter*-Langenhagen wurde zum Direktor der braunschweigischen Heil- und Pfleganstalt Königslutter,

Oberarzt Dr. *von Hößlin*-Eglfing zum Direktor der bayrischen Kreisheil- und Pfleganstalt Ansbach und

Medizinalrat Dr. *von Rabenau*-Waldheim zum Direktor der sächsischen Heil- und Pfleganstalt für Geisteskranke in Waldheim ernannt.

Es habilitierten sich:

Dr. Siegfried *Fischer* in Breslau für das Fach der Psychiatrie und Neurologie und

Dr. Walter *Riese* für Neurologie an der Universität Frankfurt a. M., letzterer mit der Antrittsvorlesung: Das Problem der Hirnfurchung.

Berufen wurden:

Dr. med. Charles *Ladame* als ord. Professor der Psychiatrie an die Universität Genf und

Professor Dr. Martin *Reichardt*-Würzburg als ord. Professor der Psychiatrie an der Universität Münster.

Zum a. o. Professor ernannt wurde Privatdozent Dr. phil. et med. *R. A. Pfeifer*-Leipzig.

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

V. Briefe aus Holland. 1. Das psychiatrische Leben an den Universitäten. Von *H. C. Rümke* (Amsterdam) 351

Kleinere Mitteilungen.

Die preußische Medizinalverwaltung über Ausbreitung und Folgen der Encephalitis lethargica 361
Bewerbungen um den Alvarengapreis 361
Deutscher Verein für Psychiatrie: Austausch der Anstaltsberichte 361
Personalnachrichten 362

System und Praxis der Daktyloskopie und der sonstigen technischen Methoden der Kriminalpolizei

Mit 1 Titelbild, 2 Beilagen und 252 Abbildungen im Text

Von

Dr. Robert Heindl

Lexikonformat. X, 655 Seiten. GM 12.—, geb. GM 15.—

Heindl ist ja wohl der einzige deutsche Kriminalist, der die Polizeiverhältnisse aller Erdteile aus eigener Anschauung kennt. Es stehen ihm daher Erkenntnisquellen und Vergleichsmöglichkeiten wie keinem anderen Schriftsteller zur Verfügung. Wir bekommen ein Extrakt aller Erfahrungen aufgetischt, die nicht nur die deutsche, sondern auch die englische, französische, italienische, amerikanische und australische Kriminalpolizei im Laufe der letzten Jahrzehnte gesammelt hat.« *Preußische Polizeibeamten-Zeitung.*

»Selbst der beste Kenner der kriminalistischen Literatur, selbst der Fachmann, der sich seit Jahren mit diesen Fragen befaßt, erfährt fast auf jeder Seite Einzelheiten, die ihm bisher unbekannt waren.«
Archiv für Kriminologie.

Walter de Gruyter & Co. / Berlin W 10 und Leipzig

Sozialbiologie

(Bevölkerungswissenschaft und Gesellschaftshygiene)

Von

Dr. jur. Alexander Elster

1923. Groß-Oktav. VII, 483 Seiten. Geheftet Gm. 9.—, Gebunden Gm. 10.50

(Handbuch der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Band 8)

„Jeder, der sich in das Werk des kenntnis- und geistreichen Verfassers zu vertiefen vermag, wird daraus hohen Gewinn ziehen."
Dr. Alfons Fischer i. d. Sozialhygienischen Mitteilungen.

„Dem Verfasser ist hier ein großer und wertvoller Wurf gelungen. Neben der Sozialwissenschaft werden Strafrecht, Sozialversicherung, vor allem aber die praktische Wohlfahrtspolitik ganz erheblichen Nutzen aus diesem mit tiefem sittlichen Verantwortungsgefühl und hoher Sachkunde geschriebenen Werke ziehen."
Prof. Dr. Stier-Somlo i. d. Kölnischen Zeitung.

„Elster verwirklicht die Synthese der beiden Gebiete in seinem Buch in hohem Maße. Dabei ist es erstaunlich und besonders erfreulich, mit welchem Verständnis Elster die biologischen und medizinischen Grundlagen verwendet und es sogar wagen darf, auf diesem Gebiete Werturteile abzugeben und selbständig zu kombinieren. Das Buch ist von hohem geistigen und sittlichen Standpunkt aus geschrieben."
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. M. Neisser i. d. Frankfurter Zeitung.

„Die angestrebte Synthese vom Biologischen und Sozialen ist in hohem Grade gelungen. Wir wünschen dem schönen Werke in nationalökonomischen wie medizinhygienischen Kreisen eine weite Verbreitung, es verdient sie."
Oberlandesger.-Rat Dr. Bovensiepen i. d. Kieler Literatur-Zeitung.

„Die Wichtigkeit des Werkes liegt darin, daß es den qualitativen Abstieg der europäischen Bevölkerungen in dieser Periode ihrer Geschichte betrachtet und uns wünschen läßt, die Aufmerksamkeit aller derer auf sich zu lenken, die ein liebevolles geistiges Interesse haben für die interessantesten, in diesem Werk wissenschaftlich verbundenen Argumente."
Rivista Internationale di Science Sociali.

WALTER DE GRUYTER & CO.

vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung · J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung · Georg Reimer · Karl J. Trübner · Veit & Comp.

BERLIN W 10, GENTHINER STRASSE 38

APR 2 1925

Medical Lib

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Wiesloch, KLEIST-Frankfurt a. M., LAEHR-Wernigerode, MERCKLIN-Treptow a. R., PERETTI-Grafenberg

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

EINUNDACHTZIGSTER BAND

SECHSTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 28. FEBRUAR 1925

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1925

Sozialbiologie

(Bevölkerungswissenschaft und Gesellschaftshygiene)

Von

Dr. jur. Alexander Elster

1923. Groß-Oktav. VII, 483 Seiten. Geheftet Gm. 9.—, Gebunden Gm. 10.50

(Handbuch der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Band 8)

„Jeder, der sich in das Werk des kenntnis- und geistreichen Verfassers zu vertiefen vermag, wird daraus hohen Gewinn ziehen."
Dr. Alfons Fischer i. d. Sozialhygienischen Mitteilungen.

„Dem Verfasser ist hier ein großer und wertvoller Wurf gelungen. Neben der Sozialwissenschaft werden Strafrecht, Sozialversicherung, vor allem aber die praktische Wohlfahrtspolitik ganz erheblichen Nutzen aus diesem mit tiefem sittlichen Verantwortungsgefühl und hoher Sachkunde geschriebenen Werke ziehen."
Prof. Dr. Stier-Somlo i. d. Kölnischen Zeitung.

„Elster verwirklicht die Synthese der beiden Gebiete in seinem Buch in hohem Maße. Dabei ist es erstaunlich und besonders erfreulich, mit welchem Verständnis Elster die biologischen und medizinischen Grundlagen verwendet und es sogar wagen darf, auf diesem Gebiete Werturteile abzugeben und selbständig zu kombinieren. Das Buch ist von hohem geistigen und sittlichen Standpunkt aus geschrieben."
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. M. Neisser i. d. Frankfurter Zeitung.

„Die angestrebte Synthese vom Biologischen und Sozialen ist in hohem Grade gelungen. Wir wünschen dem schönen Werke in nationalökonomischen wie medizinhygienischen Kreisen eine weite Verbreitung, es verdient sie."
Oberlandesger.-Rat Dr. Bovensiepen i. d. Kieler Literatur-Zeitung.

„Die Wichtigkeit des Werkes liegt darin, daß es den qualitativen Abstieg der europäischen Bevölkerungen in dieser Periode ihrer Geschichte betrachtet und uns wünschen läßt, die Aufmerksamkeit aller derer auf sich zu lenken, die ein liebevolles geistiges Interesse haben für die interessantesten, in diesem Werk wissenschaftlich verbundenen Argumente."
Rivista Internationale di Science Sociali.

WALTER DE GRUYTER & CO.

vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung · J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung · Georg Reimer · Karl J. Trübner · Veit & Comp.

BERLIN W 10, GENTHINER STRASSE 38

Über die euphorisierende Wirkung des Novoprotin und ihre Anwendung in der Psychiatrie.

Von

E. Schneider,

(Aus der Heilanstalt Illenau, Direktor Medizinalrat Dr. *Thoma*.)

Die von *Weichardt* zuerst veröffentlichte Erfahrung, daß nach parenteraler Eiweißzufuhr häufig eine Steigerung des Wohlbefindens eintritt, veranlaßte uns in Illenau bei Depressionen die verschiedensten Proteinkörper auf ihre euphorisierende Wirkung zu erproben. Seit geraumer Zeit aber haben wir diese Versuche aufgegeben, da wir keine einigermaßen sicheren Erfolge feststellen konnten. Als ich jedoch kürzlich eine Reihe von körperlich Kranken — meist waren es Fälle von Angina — mit dem von den Chemischen Werken Grenzach (Baden) hergestellten Pflanzeneiweißpräparat „Novoprotin" teils intramuskulär, teils intravenös behandelte, fiel mir auf, wie viel frischer und wohler sich diese Patienten nach den Einspritzungen fühlten, ohne daß der objektive Befund einen hinreichenden Grund für ihre euphorische Stimmungslage gegeben hätte.

Diese Beobachtungen veranlaßten mich zu Nachprüfungen an Gesunden, die bis zu 4 mal je 1 ccm des Präparates intramuskulär erhielten. Suggestive Beeinflussung suchte ich möglichst auszuschalten, besonders auch bezüglich der Fragestellung nach der Wirkung. Von etwa der Hälfte der Versuchspersonen wurde angegeben, daß 8—12 Stunden nach der Einspritzung eine Hebung der Stimmung und Steigerung der Leistungsfähigkeit eingetreten sei, die 1—2 Tage anhielt; die andere Hälfte hatte derartige Wahrnehmungen nicht gemacht. Beim Selbstversuch empfand ich am Tage nach der 1. und 3. Injektion ein ausgesprochenes Wohlgefühl, nach der 2. und 4. jedoch keinerlei Veränderung.

In Gemeinschaft mit Oberarzt *Pfunder* ging ich nun zur Erprobung des Mittels an seelisch Verstimmten über, und zwar zunächst

intramuskulärer, später aber ausschließlich intravenöser Anwendung. Dabei zeigte sich bei einem erheblichen Prozentsatz der Kranken unverkennbare Hebung der Stimmung, die nach intramuskulärer Zuführung später eintrat, weniger ausgesprochen war und nicht länger anhielt als bei intravenöser. Da in einem Fall bei Einverleibung einer erstmaligen Dosis von 1 ccm ein ernster Kollaps auftrat, beschränkte ich mich von da ab auf eine Anfangsgabe von 0,3—0,5 ccm und stieg bei eintretender Gewöhnung allmählich zu 2 ccm. Am besten sprachen auf diese Behandlung Melancholiker und verstimmte Neurastheniker an; Angstneurotiker und depressive Schizophrene blieben unbeeinflußt. Ein Fall, bei dem der Zusammenhang zwischen Medikation und Besserung besonders einwandfrei erscheint, sowie einige andere deutlich günstig Beeinflußte seien näher angeführt:

Fall Rosa H. Aufnahme am 15. 5. 24, 22 Jahre alt. In den letzten Monaten sehr gedrückt, quält sich mit allerlei Vorwürfen, nachts häufig Angstzustände und aufregende Träume. Nahrung wird tagelang verweigert. Suizidgedanken.

Pat. liegt mit geschlossenen Augen und bekümmertem Gesichtsausdruck regungslos im Bett. Auf Fragen antwortet sie zunächst nicht, nach und nach gibt sie spärlich Auskunft: sie habe unwürdig gebeichtet, habe lauter Todsünden begangen, sei ewig verloren, von allen verachtet, käme in die Hölle.

21. 5. 1 ccm. Novoprotin. Temperatur 38.

25. 5. Befinden sehr viel besser. Pat. steht auf, lacht, ist lebhaft und beschäftigt sich.

31. 5. Gleiches Verhalten wie am 22. 5. Nochmals Novoprotin zur Sicherung des Erfolgs.

4. 6. dauernd gutes Ergehen. Hilft bei der Arbeit mit, ist zufrieden, lacht, kann nicht verstehen, daß sie sich so „unötige Sorgen" machte.

10. 6. entlassen.

Nach 5 Wochen 2. Aufnahme, da Patientin seit 6 Tagen wieder Versündigungsideen äußert, erneut in sehr gedrückter Stimmung ist und Nahrungsaufnahme verweigert. Wenige Stunden nach der 1. Injektion von 0,5 ccm Novoprotin wird sie lebhafter, ißt, steht auf und beschäftigt sich. Dieser Zustand dauert einen Tag, dann wieder verstimmt. Zur Ermittlung, ob der Erfolg der suggestiven Wirkung der Injektion oder dem Novoprotin zuzuschreiben war, erhält die Pat. einmal physiologische Kochsalzlösung eingespritzt. Jeder Erfolg bleibt aus. Nach der 2. Injektion von 1 ccm Novoprotin für 4 Tage beschwerdefrei, dann wieder depressiv. Durch weitere allmähliche Steigerung der Dosis läßt sich eine Verlängerung der Remissionen auf 10 Tage erzielen. Pat. ist zurzeit noch in Behandlung.

Fall Emma V. Aufnahme am 20. 5. 24., Alter 56 Jahre. 1907 1 Jahr lang depressiv und 1921 4 Monate. Seit einiger Zeit schlechter Schlaf, Arbeitsunlust und darüber Selbstvorwürfe. Jammert viel. Suizidgedanken. Ratloser, ängstlicher Gesichtsausdruck; motorische Unruhe. Geht im

Zimmer auf und ab, immer von den gleichen depressiven Vorstellungen beherrscht: „Jetzt habe ich keine Ruhe mehr, ich bin verdammt. Es ist alles umsonst, was mit mir gemacht wird."

30. 5. 0,5 ccm Novoprotin. Temperatur 37.

1. 6. Pat. klagt noch sehr, macht aber objektiv einen ruhigeren Eindruck.

2. 6. Bedeutend freier. Hofft wieder gesund zu werden, verläßt das Bett.

4. 6. 1 ccm Novoprotin. 2 Stunden später Unbehagen und Frieren. Temperatur 37,6.

6. 6. Ruhig und freundlich. Fühlt sich wohler, fürchtet aber Rückfall.

7. 6. 3. Novoprotininjektion, 1 ccm. Temperatur 37,3.

8. 6. Leicht hypomanisch. Lacht über das ganze Gesicht. Jetzt sei alles gut. Mit der letzten Einspritzung sei die Krankheit förmlich von ihr abgefallen.

25. 6. Der hypomanische Zustand hält an.

1. 7. Entlassung.

Fall Luise R. Aufnahme am 12. 5. 24. Alter 64 Jahre. Seit etwa 8 Wochen äußert Pat. Verarmungsideen: „Alles ginge zugrunde." Lief ruhelos im Haus umher, wurde vergeßlich und vernachlässigte den Haushalt. Schlaf und Appetit blieben gut. Das Befinden wechselte, dann und wann hatte sie ganz ruhige, fast normale Tage. Äußerte öfters Lebensüberdruß.

Pat. ist bei der Aufnahme ruhig, örtlich gut und zeitlich annähernd orientiert. Gibt an, daheim „als verwirrt" gewesen zu sein. Die körperliche Untersuchung ergibt einen ausgedehnten linksseitigen Herpes Zoster.

16. 5. Schläft viel, ist öfters unreinlich. Drängt nach Hause. Kleidet sich nicht selbst an.

23. 5. Mißmutig, unzufrieden, klagt viel.

10. 6. Liegt tagsüber meist im Bett. Ist apathisch, gehemmt und ungeordnet. Zeitlich nicht orientiert, will abends aufstehen, als die anderen schlafen gehen.

16. 6. Unzufrieden, nörgelnd, weint öfters. Schläft schlecht.

18. 6. Bekommt Novoprotineinspritzungen, und zwar anfangs 0,2 ccm, nach und nach aufsteigend bis zu 1 ccm zweimal wöchentlich. Temperatursteigerungen bis 38,5.

25. 7. Es ist auffällig, wie Pat. schon nach der 2. Spritze viel munterer wird. Der depressive und nörgelnde Zustand klingt allmählich ab. Zeitlich und örtlich orientiert, nicht mehr unreinlich.

10. 7. Heiter, zufrieden und dankbar.

8. 8. Leicht hypomanischer Zustand. Hat sich nach eigener Aussage „sehr gut erholt".

11. 8. Entlassen.

Fall Julia M. 62 Jahre alt.

Pat. war vom 9. 3. 1905 bis zum 10. 1. 1912 wegen schwerster Melancholie und vom 29. 9. 1912 bis zum 12. 3. 1913 wegen Manie in Illenau; 3. Aufnahme in depressivem Zustande am 2. 6. 24.

Seit einigen Wochen schlechter Schlaf, fühlt sich von ihren An-

gehörigen verlassen, meint, daß sie „an allem" schuld sei. Allmählich Verschlimmerung des Zustandes. Die Kranke verweigerte die Nahrung, jammerte laut, glaubte, es brenne überall, alles sei zerstört und verloren.

Bei der Aufnahme stöhnt und wimmert sie monoton vor sich hin, läßt sich aber durch Fragen fixieren und gibt sinngemäß Antwort.

3. 6. Hochgradig depressiv. Weint bei jeder Begrüßung. Ißt nicht von selbst und muß auch sonst besorgt werden. Sehr bewegungsarm.

6. 6. Pat. erhält jeden 3. Tag Novoprotin in allmählich steigenden Dosen.

Nach der 3. Spritze steht sie auf und besorgt sich selbst, später fängt sie an eifrig zu arbeiten. Erhielt bis heute 15 Spritzen. Der anfänglich gute Erfolg läßt sich aber trotz Steigerung der Dosen nicht festhalten.

Fall Ida B. Aufnahme am 22. 8. 24. Alter 51 Jahre. Von jeher viel an Kopfweh und Schlafstörungen gelitten. In der Familie als empfindsam und erregbar bekannt. Nie Verstimmungszustände gehabt, stets sehr fleißig gewesen.

Seit Januar 1923 nach einer anstrengenden Pflege eines Verwandten sehr angegriffen; anschließend daran Arbeitsunlust; glaubte sich verkannt, war scharf gegen Angehörige. Trotz eines Erholungsaufenthaltes Verschlimmerung. Schlaflosigkeit nahm zu, hatte Angst vor jeder Arbeit, äußerte Lebensüberdruß.

Bei der Aufnahme ist Pat. ruhig und völlig besonnen. Macht einen sehr gedrückten Eindruck. Beklagt ihre Familie. Sie sei zur Arbeit unfähig, könne auch nicht mal mehr lesen, weil sie nichts auffasse.

25. 8. 0,3 Novoprotin. Temperatur 37,5.

26. 8. Merklich freier und hoffnungsvoll.

28. 8. Mutlos und verdrossen. „Ich werde nicht mehr gesund."

1. 9. 0,3 Novoprotin. Temperatur 37,1.

2. 9. Etwas zuversichtlicher. Beschäftigt sich mit Handarbeiten.

9. 9. 0,5 Novoprotin. Temperatur 37,5.

10. 9. Befinden wie am 2. 9.

12. 9. 1 ccm Novoprotin. Temperatur 38. Tags darauf ist Pat. lebhafter und besserer Stimmung. Die Novoprotinbehandlung wird fortgesetzt.

Mit dieser Zusammenstellung ist die Zahl der mit Novoprotin mehr oder weniger erfolgreich behandelten Depressionszustände bei weitem nicht erschöpft. Es lag mir nur daran, hier einen kurzen Überblick über die Behandlung und ihre Wirkung zu geben. Dabei ist mir klar, daß z. B. beim Fall E. V. ein zufälliges Zusammentreffen der Injektionstherapie mit dem an sich herannahenden Ende der Depressionsphase möglich ist, doch scheint mir die Anzahl der im Anschluß an die Injektionen sicher gebesserten Fälle und auch die immer erneuten Erfolge bei der Patientin R. H. eine Erklärung nur durch Zufall auszuschließen. Die Möglichkeit rein suggestiver Einwirkung glaube ich ebenfalls verneinen zu können, da nicht nur bei der Medikation bewußt und streng jede psychische Beeinflussung vermieden wurde, sondern

auch die Kontrollversuche mit physiologischer Kochsalzlösung zugunsten des Novoprotin ausfielen.

Wie die Euphorie zustande kommt — *Weichardt*[1]), der zuerst darauf aufmerksam machte, bringt diese Erscheinung mit der positiven Phase der aktiven Immunisierung in Zusammenhang, und nennt sie ein entscheidendes „Merkmal wohlgelungener Aktivierung, d. h. einer Leistungsteigerung des Gesamtorganismus, die auf einer Reizung der verschiedensten Organsysteme beruht" — und weshalb sie bei ein und derselben Person bald eintritt bald ausbleibt, weshalb ein Teil der Gesunden und der Kranken psychisch überhaupt nicht auf die Injektionen anspricht, und warum schließlich auch trotz Steigerung der Dosis die Wirkung schwächer wird, ist mir unklar. Jedenfalls aber scheint es angezeigt, bei jeder Melancholie einen Versuch mit der Novoprotintherapie zu machen und diese erst als aussichtslos aufzugeben, wenn mindestens 3 Injektionen ergebnislos blieben, denn dem Kranken ist mit einer, auch nur tagelangen Unterbrechung seines quälenden Zustandes körperlich und seelisch viel genützt.

Zusammenfassung:

Novoprotin ist zwar kein Heilmittel für Depressionen, aber es schafft in einem erheblichen Prozentsatz von Melancholien und neurasthenischen Verstimmungszuständen mehr oder weniger ausgesprochene Remissionen, die bis zu Wochen anhalten. Ob die Behandhandlung auch die Krankheitsdauer abkürzt, läßt sich noch nicht überschauen. Die Therapie wird mit kleinen Dosen eingeleitet, die bei beginnender Gewöhnung allmählich gesteigert werden. Injiziert wird jeweils nach Abklingen der Wirkung, frühestens jeden 3. Tag. Die intravenöse Verabreichung ist am meisten zu empfehlen. Auf kräftige Allgemeinreaktion ist Wert zu legen, da, wenn auch nicht immer, eine Korrelation zwischen dieser und der euphorisierenden Wirkung besteht.

---

[1]) *Petersen-Weichardt*, Proteintherapie.

Zur Therapie der „Menstrualpsychosen".

Von

E. Schneider.

Aus der Heilanstalt Illenau (Direktor Medizinalrat Dr. Thoma).

Im Verlauf der beiden letzten Jahre kamen in Illenau zwei Psychosen zur Beobachtung, die in ihrem periodischen Auftreten an die Menstruation gebunden waren, sich in Verwirrtheit, Sinnestäuschungen, motorischer Erregung, Gereiztheit und raschem Stimmungswechsel äußerten und schließlich, offenbar durch unsere Behandlung, in Heilung ausgingen. Soweit es zur Beurteilung der Fälle und unserer Therapie erforderlich ist, seien die Auszüge aus den beiden Krankengeschichten mitgeteilt.

I. Fall: 18 Jahre altes Mädchen. Großmutter mütterlicherseits Trinkerin. Vater schizoid, Bruder reizbarer Psychopath. Mutter war vor Jahren wegen Depression (reaktiv) in Anstaltsbehandlung. Patientin war gute Schülerin, stets ruhig und fleißig. Auftreten der Menses mit 13 Jahren, anfangs unregelmäßig, stets schmerzlos und nie von auffallenden Erscheinungen begleitet, bis sich im Anfang des 17. Lebensjahres die ersten mit der Periode zeitlich zusammenfallenden psychischen Störungen in Form von tagelang unaufhörlich dauerndem Redefluß zeigten. Nach der Menstruation wieder vollkommen normal. In gleicher Weise und außerdem noch mit Verwirrtheit und Erregung verbunden, verliefen die beiden nächsten Perioden. Dann folgte eine von diesen Anfällen freie Zeit von 5 Monaten, nach welcher — seit Januar 1921 — die jeweilig kurz vor den Menses einsetzenden und diese um einige Tage überdauernden psychischen Veränderungen eine derartige Verstärkung erfuhren, daß die Unterbringung der Pat. in einer Anstalt erforderlich wurde. Bewegungsdrang, Gewalttätigkeit, ideenflüchtiger Rededrang, Stereotypien, Sinnestäuschungen und gelegentlich Angstvorstellungen paranoider Art waren die Haupterscheinungen der Psychose. Im ganzen war die Kranke fünfmal hintereinander unter einem sich stets ver-

schlimmernden Krankheitsbild dort gewesen, ehe sie auf Antrag der Mutter am 15. 3. 22. in Illenau aufgenommen wurde. Der begleitende Arzt berichtete hier, daß während einer Pituglandolbehandlung ganz freie Zeiten schließlich überhaupt nicht mehr beobachtet wurden und dachte in Anbetracht des progressiven Charakters der Psychose an temporäre Kastration durch Röntgenbestrahlung.

Hiesige Beobachtung: Bei der Aufnahme ist Pat. zornig erregt, örtlich nicht orientiert, nicht fixierbar, schimpft unflätig, schreit und steht deutlich unter dem Einfluß von Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Wird in der unruhigen Wachabteilung untergebracht. Nach Angabe der Mutter hat der augenblickliche Zustand vor 4 Tagen begonnen. Die Menses sind vor zwei Tagen aufgetreten und noch vorhanden.

26. 3. 22. Hochgradig unruhig und gewalttätig: zerreißt ihre Bettwäsche, greift Mitpatienten und Personal an; begrüßt den Arzt mit einer Flut von obszönen Schimpfworten; reagiert auf kein Befragen und Zureden.

30. 3. Örtlich noch immer nicht orientiert. Verkennt die Personen ihrer Umgebung. Über ihre Innenvorgänge nicht explorierbar, erwidert nur mit Schimpfworten. Ende der Menses.

5. 4. Motorisch etwas ruhiger, aber noch gereizt und ablehnend.

16. 4. Erregungszustand allmählich abgeklungen. Pat. bietet jetzt ein anderes Bild, ist schüchtern, verlegen und gedrückt. Erklärt auf Befragen, daß sie die einzelnen Krankheitsanfälle etwa zwei Tage vorher erst kommen fühle. Sie werde dann innerlich unruhig, beginne drohende Stimmen zu hören, fürchte Gift zu erhalten. Anfänglich könne sie gegen die Erregung noch angehen, allmählich werde aber die Gereiztheit Herr über sie. An die kranke Zeit hat Pat. nur noch eine verworrene Erinnerung, weiß nichts mehr von der Aufnahme, kann sich keiner Einzelheiten mehr entsinnen.

Körperliche Untersuchung: Normal entwickeltes Mädchen, blaß. Innere Organe o. B. Neurologisch: bds. lebhafte Patellarreflexe, sonst o. B. Auf der Abteilung benimmt sich Pat. kindlich — unreif und neugierig, das ganze Gebahren entspricht etwa dem einer 13jährigen.

23. 4. Unruhiger Schlaf. Redet ungewöhnlich viel. Steckt den Kopf unter die Bettdecke.

24. 4. Beginnende zornige Erregung, schimpft obszön. Eintritt der Menses.

Erhält 50 ccm einer 0,2 : 100,0 Vuzinlösung intramuskulär. Medinal und Amylenhydrat.

25. 4. Temperatur morgens 39,0 abends 40°. Während des Fiebers etwas ruhiger, aber unverändert gereizt.

28. 4. Ganz der gleiche Zustand wie bei dem zuerst beobachteten Anfall: verwirrt, gewalttätig, psychomotorisch erregt. Ende der Menses.

30. 4. Nochmalige Vuzininjektion. Während der erhöhten Temperatur ruhiger, später wie zuvor.

12. 5. Wieder geordnet und besonnen. Starke erotische Neigungen, sucht ihre Mitpatienten über ihre Sexualerlebnisse auszuholen, macht unsinnige Heiratspläne.

18. 5. Meldung von der Abteilung daß Pat. wieder anfange ein verändertes Benehmen zu zeigen, verstimmt sei und wieder den Kopf unter die Bettdecke stecke.

Erhält 10 ccm Milch intraglutaeal und Medinal. Temperatur 39°.

19. 5. Da die Unruhe und Erregung zunimmt, Aderlaß von 500ccm. Darnach erschöpft.

20. 5. Wesentlich ruhiger, so daß Pat. unter Medinalgaben auf der ruhigen Abteilung belassen werden kann.

21. 5. Eintritt der Menses. Keine Verschlimmerung. Sedativa.

24. 5. Geordnet, unauffällig, erfreut über das Ausbleiben der Krankheit.

8. 6. Geht jeden Tag mit ihrer Mutter spazieren, wird bestimmte Stunden mit Handarbeiten beschäftigt, beginnt Klavier zu spielen.

16. 6. Verstimmt, leicht gereizt, ablehnend. Injektion von 10 ccm Milch intramuskulär.

17. 6. Eintritt der Menses. Aderlaß von nur 100 ccm, da das relative gute Befinden, ein schärferes Eingreifen nicht zu erfordern scheint. Sedativa.

20. 6. Geordnet und besonnen. Nur ganz leicht gereizt. Ende der Menses.

6. 7. Macht einen geistig interessierteren Eindruck. Erhält englischen Unterricht, arbeitet jeden Tag planmäßig einige Stunden.

15. 7. Menses. Stimmung und Verhalten ganz normal. Prophylaktisch Medinal.

12. 8. Menses. Psychisch ohne jede Besonderheit. Keinerlei Therapie.

19. 9. Menses, die das psychische Befinden wieder nicht alterieren. Keine Medikamente.

16. 10. Menses. Dauerndes Wohlbefinden.

20. 10. Hat deutliche intellektuelle Fortschritte gemacht. Arbeitet fleißig für ihre Stunden, verhält sich ganz so, wie es ihrem Alter und ihrer Erziehung entspricht: höflich, bescheiden und zurückhaltend.

28. 10. Geheilt enltassen.

Pat. stellt sich im Laufe der nächsten 2 Jahre wiederholt vor, sieht gut aus, fühlt sich dauernd wohl, wird durch die Menses nicht unangenehm beeinflußt, auch nicht in der Stimmung. Ist beruflich tätig. Hat geistig den Durchschnitt ihrer Altersgenossinnen erreicht.

II. Fall: 15 Jahre altes Dienstmädchen. Aufnahme am 13. 6. 23. Vater gesund. Mutter war wegen einer Schreckneurose 8 Wochen in einer Heilanstalt. Geschwister gesund. Pat. war seit 1 Jahr als Dienstmädchen in Stellung und wird als ruhige, fleißige und gewissenhafte Person geschildert. Erste Menses mit 12 Jahren, seither regelmäßig, stets ohne Besonderheiten verlaufen. Mit dem Eintritt der letzten Periode, in der Nacht vom 7.—8. Juni, setzte ein heftiger Erregungszustand ein. Die Kranke hörte vor ihrer Tür Geräusche, sie stand auf, rief zum Fenster hinaus, weckte die Nachbarschaft unter dem Ruf, es brenne im Hause gegenüber, war sehr lebhaft und redete viel.

Bei der Aufnahme ist Pat. sehr erregt, singt, pfeift und lärmt, beachtet keine Ansprache.

14. 6. Hochgradig erregt, ganz verwirrt und unansprechbar. Redet und singt ununterbrochen lacht vor sich hin, reagiert auf Fragen in keiner Weise, ist ganz unablenkbar. Weist Nadelstiche nicht ab. Wurde in der Nacht isoliert, da sie ununterbrochen heiter erregt lärmte und hin und wieder erschreckt aufschrie.

17. 6. Auf Luminal intramuskulär etwas ruhiger; unterbricht ihr dauerndes Vorsichhinreden auf Fragen für einen Augenblick, um dann aber sofort fortzufahren. Spricht so rasch und undeutlich, daß nichts zu verstehen ist. Ist heiter erregt.

20. 6. Liegt meist lachend und sprechend im Bett, springt hin und wieder plötzlich heraus, um ihre Bettnachbarin anzugreifen; halluziniert offenbar.

22. 6. Andeutung von Katalepsie und Flexibilitas cerea.
Die heitere Erregung klingt allmählich ab.

24. 6. Stuporös, deutlich gehemmt, mutazistisch.

26. 6. Wird allmählich etwas freier, doch kann sie zu eingehender Auskunft nicht bewegt werden. Wisse nicht, wie sie nach hier gekommen sei, habe nur ganz undeutliche, verschwommene Erinnerung an das Vorgefallene, habe erst in den letzten Tagen erfahren, daß sie in Illenau sei. Höre Stimmen, die sie ängstigen, habe auch Gestalten gesehen.

27. 6. Körperliche Untersuchung: Mittelgroßes, sehr gut ernährtes und entwickeltes Mädchen. Innere Organe o. B. Neurologischer Befund o. B. Psychich: Gibt auf Fragen sinngemäße Antworten. Orientiert. Still und leicht gehemmt. Noch nicht frei von Akoasmen. Beschäftigt sich mit Handarbeiten. Schläft ohne Mittel.

3. 7. Menses. Beginnt heiter erregt zu werden; lacht und spricht viel.

6. 7. Mußte auf die unruhige Abteilung verlegt werden. Bietet das gleiche Bild wie bei der Aufnahme: Verwirrt, bald heiter, bald schreckhaft erregt, psychomotorische Unruhe, aggressiv. Ende der Menses.

10. 7. Die Erregung klingt langsam ab. Pat. bittet um Verlegung auf die ruhige Abteilung. Hat körperlich infolge der Unruhe stark abgenommen.

25. 7. Der gleiche Zustand wie nach dem vorigen Anfall: gehemmt kaum spontan sprechend, vereinzelt halluzinierend, dabei aber ruhig.

1. 8. Menses. Pat. zeigt die gleichen psychischen Veränderungen wie bei Eintritt der letzten Menstruation. Erhält 10 ccm Milch intramuskulär. Temperatur 40,1.

2. 8. Aderlaß von 500 ccm, im Anschluß daran ruhiger.

5. 8. 2. Milchinjektion von 10 ccm. Kräftige Fieberreaktion.

8. 8. Nur leicht erregt. Nochmaliger Aderlaß von 100 ccm.

11. 8. Ganz unauffällig. Keine Akoasmen mehr.

20. 8. Pat. ist zugänglich, vergnügt und fleißig.

25. 8. Menses. Pat. weicht nicht von der Norm ab. Keinerlei Behandlung.

3. 9. 23. Geheilt nach Hause entlassen.

War die ganze Zeit über völlig wohl. Im August 1924 eingezogene Erkundigungen ergaben, daß Pat. wieder in Stellung und seit der Entlassung ununterbrochen gesund ist.

Es handelt sich also bei beiden Fällen sicher um endogene, wohl aus endokrinen Ursachen entspringende, an die Menses gebundene Psychosen. Das Krankheitsbild von Fall I erinnerte im einzelnen Schub lebhaft an eine Amentia, während anderes, so vor allem das läppische unreife, kindische, uninteressierte, ungehemmt erotische Benehmen auch in den freien Intervallen, für Schizophrenie zu sprechen schien. Fall II war im Anfall von einem katatonen Erregungszustand nicht zu unterscheiden. Eingehende psychopathologische und differentialdiagnostische Erwägungen liegen nicht im Sinne dieser Arbeit, deren alleiniger Zweck die Mitteilung einer neuen therapeutischen Möglichkeit ist.

Bei der Wahl der Therapie ging ich von der Überlegung aus, daß es sich bei den mit der Menstruation rezidivierenden Psychosen um zeitweilige toxische Einwirkung auf das Gehirn handeln müsse. Ein Versuch die Abwehrkräfte des Körpers durch Fieber erregende Injektionen zu steigern und die Giftausscheidung zu beschleunigen, schien daher angezeigt. Naheliegend war es beim Versagen dieser Maßnahme allein, die weitere Entgiftung durch Aderlaß zu versuchen, beides etwa analog der beim akuten urämischen Anfall bewährten Behandlung durch schweißtreibende Maßnahmen und Blutentziehung. Der Erfolg dieser Therapie in den beiden geschilderten Fällen scheint die Richtigkeit dieser Überlegung zu bestätigen. Merkwürdig aber bleibt, daß es nicht nur gelang, den beginnenden einzelnen Anfall zu koupieren, sondern daß in deutlichem Zusammenhang mit unsern Eingriffen die Psychoseattacken sistierten, die Toxinbildung also aufhörte. Eine Erklärung dafür habe ich nicht gefunden. Aus dem völlig negativen Ergebnis meiner späteren Versuche mit dieser kombinierten Fieber-Aderlaß-Behandlung bei Schizophrenen scheint hervorzugehen, daß es sich bei den geheilten „Menstrualpsychosen" um einen pathologisch anders unterlegten, klinisch aber der Schizophrenie sehr ähnlichen Krankheitsprozeß handelt. Ich bin mir darüber klar, daß ein zufälliges Zusammentreffen von Eingriff und Heilung bei nur zwei Beobachtungen nicht ganz auszuschließen ist. Da aber in Illenau inzwischen keine weiteren Psychosen dieser Art zur Aufnahme kamen, entschloß ich mich trotzdem zur Veröffentlichung, zumal da *Ewald*[1]) neuerdings über eine an die Menses gebundene Psychose berichtete, die ohne jeden Erfolg der Röntgenkastration und der Totalexstirpation unterzogen wurde. Beim Versagen jeder

[1]) Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 11. 1924.

bisherigen und bei der Unschädlichkeit der von mir angewandten Therapie dürfte eine Nachprüfung meiner Resultate bei entsprechend gelagerten Fällen sich empfehlen.

Die Methode *Oetters*, der bei fast allen Psychosen durch große Aderlässe, Diät und Injektionen von Tuberkulin und Natr. nucl. Heilungen herbeiführen wollte, ist mir erst bekannt geworden, als ich nach Abschluß der Behandlung auch des zweiten Falles, die Literatur nach etwaigen ähnlichen früheren Versuchen durchsah.

Anmerkung: Der Herausgeber erinnert an das Bild: Die chirurgische Behandlung der Melancholie (apertio venarum et applicatio hirudinum) im Mikrokosmus Hypochondriacus von Malachias Geiger, Monachii anno MDCLI.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Nachtrag zum Bericht von der gemeinsamen Sitzung usw. über die Behandlung der Spät- und Metalues (81. Bd. Seite 131—158):

W. Kirschbaum (Hamburg): Weitere parasitologisch-klinische und histopathologische Untersuchungen bei Malariabehandelten Paralytikern.

Selbstimmunisierungen sind bei erstmalig malariafiebernden Paralytikern recht selten (unter 5%), nach zwei- und mehrmals wiederholter Malariakur ist mit Selbstimmunisierung in sehr hoher Prozentzahl der Fälle zu rechnen. Vor langer Zeit überstandene Malaria, die bei 15 Paralytikern unseres großen Behandlungsmaterials den Ausbruch der Paralyse nicht zu verhindern vermocht hat, war kein Hindernis für das Angehen der therapeutischen Impfmalaria, die in mehreren von diesen Fällen eine gute Remission hervorgerufen hat. Einige Patienten, die früher bestimmt keine Malaria gehabt haben, waren sehr schwer, erst nach fünfmaliger Injektion von Malariablut zu infizieren; bei 2 Fällen war die Impfung auch dann erfolglos geblieben. Intravenöse Impfung hat mit Ausnahme etwas kürzerer Inkubation, die bei jeder Art der Impfung in recht weiten Grenzen schwanken kann, keinen besonderen Vorteil vor der subkutanen Impfung. Nicht beobachtet wurde eine Neigung der sich selbstimmunisierenden Fälle, eher zu Remissionen zu kommen als mit Chinin entfieberte Patienten. Die spontane Abwehrfähigkeit gegen Malariaerreger seitens bestimmter Patienten steht in keiner Beziehung zu der möglicherweise durch Malaria hervorgerufenen vermehrten Abwehrbereitschaft gegenüber den Gehirnspirochäten. Die Fieberhöhe ist nicht allein und auch nicht vorwiegend für das Einsetzen einer Remission maßgebend, es kommt mehr auf die von Fall zu Fall verschiedene und eben der betreffenden Konstitution noch erträgliche Malaria-Gesamtkrankheitsdauer an. Dieses Fiebermaß zu bestimmen, bedarf es durchaus individualisierender Behandlung. Wird dieses Maß überschritten, so sind leicht Todesfälle möglich. Darin besteht eine gewisse Gefahr dieser Behandlung, daß anscheinend die Dosis tolerata und curativa nahe an der Dosis toxica gelegen ist. Gemeinsam mit Prof. *Mühlens* habe ich Anopheles-Infektionsversuche an malariafiebernden Paralytikern schon vor drei Jahren und bis in die letzte Zeit, ähnlich wie *Wagner-Jauregg* von seiner Klinik zuvor mitteilte,

unternommen. Ich stehe nach unseren Versuchen nicht ganz auf dem Standpunkt *Wagner-Jaureggs*, der in den hohen Passagen eines Malaria-Stammes keine Anophelesübertragbarkeit mehr annimmt. Bei uns gelang es, Malaria tropica und letzthin auch Malaria tertiana freilich in niedriger Passagenzahl unseres Stammes auf Anopheles zu übertragen, während die Infektion durch eine so infizierte Anopheles auf neue Paralytiker bisher nicht gelungen ist. Daß der Wiener Malariastamm von Anopheles so schwer aufgenommen wird — auch uns gelangen entsprechende Versuche sehr schwer —, kann daran liegen, daß dieser Stamm im Gegensatz zu unseren Stämmen keine geschlechtliche Generation (Gameten) mehr bildet. Im Schüttelfrost, der dem Fieberanfall sehr oft, aber nicht regelmäßig vorausgeht, ist der Blutdruck erheblich erhöht. Vor Beginn des Schüttelfrostes scheint ein besonders niedriger Blutdruck zu bestehen. Es ist wohl möglich, daß den gelegentlich dabei beobachteten Senkungen der Gesamtleukozytenzahlen im peripheren Blut in den Gebieten, wo entzündliche Prozesse vorliegen, z. B. im Gehirn, Leukozytenanreicherungen, -exsudationen entsprechen, worin möglicherweise ein wirksames Agens der Malariatherapie gesehen werden kann. Ähnliche Beobachtungen stammen von *Reese* und *Peter* aus der *Nonne*schen Klinik.

Die histopathologischen Befunde, die ich an 20 malariabehandelten Paralysen erhob, können insofern die zuletzt berührte Theorie stützen, als jene Fälle, die im Malariafieber selbst gestorben sind, häufig eine besondere Akuität des paralytischen Prozesses mit z. T. sehr starken entzündlich-exsudativen Erscheinungen gezeigt haben, ähnlich wie es auch von *Sträußler* und *Kostkinas* beobachtet worden ist. Jedoch waren unter den im Fieber oder ganz kurz danach gestorbenen Fällen auch solche Befunde, die außerordentlich geringe Infiltrate, im ganzen das Bild der stationären Paralyse boten. Ein Fall, der nach vier Monate währender Remission interkurrent starb, zeigte ein so uncharakteristisches histopathologisches Bild, daß beim Fehlen fast aller Infiltrate aus geringen Schichtstörungen und Ganglienzellveränderungen nur von einer besonders milden Form einer stationären Paralyse gesprochen werden kann. Dieser Fall hat große Ähnlichkeit mit dem von *Sträußler* veröffentlichten Malaria-Paralytiker in Remission. Sichere Schlüsse über die Wirkungsweise der Malaria lassen sich aus den histopathologischen Befunden bisher noch nicht ziehen. Man erkennt jedoch an Fällen, die längere Zeit Malariaerreger beherbergt haben (ein Malaria quartana-Fall, der fast zwei Monate Plasmodienträger war und dann starb), wie intensiv auch die Glia reagieren kann. Nur bei Malaria-tropica-Fällen wurden die *Dürck*schen Malariagranulome gefunden. Eingehende Untersuchungen auf Spirochäten gaben in 10 bald nach oder im Malariafieber gestorbenen Paralytikern bisher völlig negative Resultate. 4 weitere Fälle, die Monate nach der Malariatherapie gestorben waren, haben bei im übrigen mehr oder minder typisch paralytischen Hirnbefunden auch keine Spirochäten aufgewiesen. Hier scheinen eigenartige Erscheinungen vorzuliegen, da es auch *Bielschowsky* an 7 Malariaparalytikergehirnen nicht gelang, Spirochäten nachzuweisen. Diese Untersuchungen müssen jedoch noch weiter-

fortgesetzt werden, ehe man, falls sie sich bestätigen sollten, Schlüsse daraus ziehen darf.

Kyrle (Schlußwort): In der Wechselrede sind wieder die verschiedenen Standpunkte hinsichtlich Bewertung der Liquorbefunde zum Ausdruck gekommen. Ohne auf Einzelheiten einzugehen — die vorgerückte Zeit drängt zur Kürze —, läßt sich folgendes wohl, ohne auf zuviel Widerspruch zu stoßen, behaupten: Positiver Liquor ist in allen Stadien der Lues prognostisch schlechter einzuschätzen als negativer; wenn wir auch noch nicht restlos darüber in Kenntnis sind, was die Veränderung der Spinalflüssigkeit im Gesamtbilde der Erkrankung bedeutet, so darf an der Auffassung, daß jeder Träger eines positiven Liquor an Syphilis erkrankt und nicht etwa nur als mit einem „kosmetischen" Fehler behaftet anzusehen ist, meines Erachtens nicht mehr gerüttelt werden. Daß wir gelegentlich selbst bei sehr alten Syphilitikern mit positiver Spinalflüssigkeit normalen oder fast normalen Nervenzustand antreffen, jedenfalls nicht Ausfallerscheinungen, wie sie bei Nervensyphilis geläufig sind, beweist nichts gegen diese Behauptung. Der Zeitpunkt des Auftretens von Ausfallserscheinungen ist abhängig von all den verschiedenen biologischen Faktoren, die den Krankheitsverlauf an und für sich bestimmen, er muß damit von vornherein unsicher sein und es wird genug Menschen geben, die diesen Augenblick nicht erleben. Aber die Vorbedingungen zur Katastrophe sind gegeben — das beweist die veränderte Spinalflüssigkeit! Für mich ist jeder Kranke mit positivem Liquor in gewissem Sinne als pro futuro gefährdet anzusehen und ich zweifle auf Grund meiner ausgedehnten Studien und Erfahrungen nicht daran, daß sich unter den Liquorträgern älterer Luesstadien, etwa vom vierten Jahr an, die Kandidaten für die syphilogenen Spätnervenerkrankungen befinden; welcher Kranke im Einzelfalle zu diesem Ende kommt, ist allerdings nicht zu ergründen.

Als zweiter wichtiger Punkt erscheint mir die heute wohl fast allgemein akzeptierte Auffassung, daß die Wurzeln aller syphilogenen Spätnervenläsionen und des pathologischen Liquors in den frühen Perioden des Syphilisinfektes verankert sind. Schon im frühen Sekundärstadium entscheidet sich das Schicksal des Infizierten. Hier hat demnach, wenn wir Prophylaxe treiben wollen, der Hebel angesetzt zu werden! Diese Erkenntnis ist ja nicht von heute, aber sie zu realisieren stieß bisher oft auf Schwierigkeiten. Trotz aller therapeutischen Anstrengungen sind immer wieder Fälle nicht dorthin zu bringen, wo man sie gerne hätte! Das Problem einer sicheren Prophylaxe der frischen Sekundärlues vor späteren bösen Zufällen, insbesondere jenen von seiten des Zentralnervensystems ist trotz Salvarsan, trotz allen Fortschritten der Syphilis-Diagnostik und Therapie noch immer ausständig. Und hier soll nun die Malariabehandlung das ihrige tun! Unsere Meinung geht, wie eingangs ausgeführt, dahin, daß wir in der Kombination von Malaria und Salvarsanbehandlung der frischen Luesstadien — nicht verwenden wir diese Verfahren bei der seronegativen Primärlues, bei jenen Fällen also, die wir auch „echte" Primärfälle nennen, da wir mit dem Salvarsan allein, in entsprechender Energie verabreicht, zum Ziele kommen — eine Methode in Händen haben, die es uns ermöglicht, der Erkrankung mit einem Schlage Herr zu werden.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Innsbruck am 25. und 26. September 1924.

Anwesend: *Ackermann*-Großschweidnitz, *Altvater*-Herborn, *Arning*-Hamburg, *Armstein*-Charlottenburg, *Aschaffenburg*-Köln, *Ball*-Berlin, *Banse*-Lauenburg, *Barth*- B. Nauheim, *Battiger*-Hamburg, *Baumann*-Essen, *Baumann*-Landsberg, *Baumm*-Königsberg, *Bausch*-Goddelau, *Becker*-Naumburg, *Begleiter*-Lemberg, *Berkowitsch*-Dresden, *Benning*-Bremen, *Benthaus*-Paderborn, *Berge*-Merxhausen, *Berliner*-Breslau, *Bernhard*-Berlin, *Betlheim*-Wien, *Bieber*-Berlin, *Bieling*-Friedrichsroda, *Billstrom*-Stockholm, *Binswanger*-Jena, *Binswanger*-Kreuzlingen, *Blachian*-Haar, *Blumenthal*-Dessau, *Bonhoeffer*-Berlin, *Boniklar*-Senftenberg, *Börnstein*-Frankfurt a. M., *Bößt*-Stuttgart, *Bostroem*-München, *Bouman*-Amsterdam, *Braune*-Altscherbitz, *Bräuner*-Lüneburg, *Braunert*-Ückermünde, *Brauns*-Karlsruhe, *Braus*-Teplitz, *Brechler*-Senftenberg, *Brezak*-Graz, *Gertrud Bry*-Breslau, *Bumke*-München, *Burwinkel*-Nauheim, *Casten*-Stettin, *Citor*-Wien, *Colla*-Bethel, *Cords-Köln*, *Dattner*-Wien, *Deetjew*-Biedenkopf, *Dietz*-Alzey, *Dinter*-Brieg, *Distler*-Lublin, *Dohnel*-Innsbruck, *Dreyfus*-Frankfurt a. M., *Dubbers*-Allenberg, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eichelberg*-Hedemünden, *Embden*-Hamburg, *Emke*-Lauenburg, *Eulberg*-Buer, *Ewald*-Erlangen, *Ewersberg*-Wien, *Eyrich*-Tübingen, *Hedwig Eyrich*-Tübingen, *Feibes*-Aachen, *Feuchtwanger*-München, *Fick*-München, *Ficht*-Klingenmünster, *Fischer*-Gießen, *Fleck*-München, *Focher*-Budapest, *Forster*-Breslau, *Freund*-Breslau, *Friedemann*-Königstein i. T., *Frigges*-Frankfurt, *Fürnrohr*-Nürnberg, *Gamper*-Innsbruck, *Gaupp*-Tübingen, *Gans*-Santport, *Georgi*-Breslau, *Gerber*-Innsbruck, *Gerstmann*-Wien, *Geyer*-Zwickau, *Giemsa*-Hamburg, *Giese*-Baden-Baden, *Glatzel*-Göppingen, *Goldstein*-Magdeburg, *Goldstein*-Berlin, *Graetz*-Hamburg, *Greuel*-Hamburg, *Groß*-Schussenried, *Groß*-Emmendingen, *Grünbaum*-Eisenach. *Grunewald*-Freiberg, *Grünthal*-Berlin, *Grünthal*-München, *Gückel*-Nürnberg, *Hach*-Riga, *Hacuptnor*-Jerichow, *Hänel*-Dresden, *Hallervorden*-Landsberg, *Hartmann*-Wien, *Hartwich*-Aplerbeck, *Harzer*-Dresden, *Hauptmann*-Allenberg, *Hauptmann*-Freiburg, *Hegemann*-Warstein, *Heidenhain*-München, *Heinke*-Ückermünde, *Heintze*-Hannover, *Henkel*-Hadamar, *Herrmann*-Nürnberg, *Hermkes*-Eickelborn, *Herting*-Düsseldorf, *Herzfeld*-Berlin, *Hirsch*-Osjek, *Hirsch*-Stuttgart, *Hoche*-Freiburg, *Holthausen*-Tapiau, *v. Holst*-Danzig, *Holzmann*-Hamburg, *Horn*-Wien, *Horstmann*-Stralsund, *v. Hoeßlin*-Eglfing, *Hussels*-Brandenburg, *Jakob*-Hamburg, *Jakoby*-Sayn, *Jirzik*-Ziegenhals, *Ilberg*-Sonnenstein, *Ingvar*-Lund (Schweden), *John*-Innsbruck, *Joßmann*-Berlin, *Isserlin*-München, *Jung*-Heidelberg, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kalberlah*-Hohe Mark, *Kalinowsky*-Wien, *Kalischer*-Schlachtensee, *Kalmus*-Prag, *Kalnin*-Riga, *Kanders*-Wien, *Kastan*-Königsberg, *Kästner*-Schwerin, *Kauffmann*-Danzig, *Kauffmann*-Berlin-Weißensee, *Katzenstein*-Hamburg, *Kehrer*-Breslau, *Kellner*-Düren, *Ketz*-Bremerhaven, *Kiroff*-Sofia, *Kirschbaum*-Hamburg, *Klarfeld*-Leipzig, *Klebelsberg*-Hall, *Kleffner*-Münster, *Kleist*-Frankfurt, *Luise Kleist*-Frankfurt, *Klüber*-Klingenmünster, *Koch*-Schussenried, *Kogerer*-Wien, *König*-Bonn, *Königstein*-Wien, *Koskinas*-Wien, *Kost*-Treptow, *Koster*-Flensburg, *Köster*-Düren, *Kraus*-Teplitz, *Kraus*-Berlin, *Krause*-Dortmund, *Kulisch*-Wien, *Kundt*-Deggendorf, *Lampar*-Graz, *Lotte Landsberg*-München, *Lange*-München,

Langendorff-Konstanz, *Laudenheimer*-München, *Lißmann*-München, *Lemmer*-Tannenfeld, *Lenzmann*-Duisburg, *Leppmann*-Berlin, *Levi*-Stuttgart, *Levinstein*-Dahlen, *Leyser*-Gießen, *Lienau*-Hamburg, *Loeb*-München-Gladb., *Loos*-Innsbruck, *Loewenstein*-Hannover, *Loewenstein*-Bonn, *Loewy*-Marienbad, *Lullies*-Kortau, *Maday*-Debrecen, *Malachowski*-Breslau, *Malcus*-Haina, *Mandelbaum*-Lublin, *Mann*-Breslau, *Mappes*-Bedburg-Hau, *Marburg*-Wien, *Maurer*-Niedermarsberg, *Matzdorf*-Hamburg, *Mayer*-Innsbruck, *Mayer*-Groß-Heidelberg, *Meggendorfer*-Hamburg, *Memers*-Amsterdam, *Memmesheimer*-Essen, *Mendel*-Berlin, *Meng*-Stuttgart, *Mensburger*-Klagenfurt, *Mercklin*-Treptow a. Rega, *Meyer*-Köppern, *Meyer*-Saarbrücken, *Mingazzini*-Rom, *Minor*-Moskau, *Morgenthaler*-Bern, *Mucha*-Wien, *Müller*-Nürnberg, *Narok*-Berlin, *Neißer*-Bunzlau, *Nenck*-Ludwigshafen, *Neuhaus*-Bichlingen, *Neustadt*-Düsseldorf, *Nießl v. Mayendorf*-Leipzig, *Nonne*-Hamburg, *Nothaaß*-Sonnenstein, *Oppenheim*-Halle, *Oßwald*-Gießen, *Ostertag*-Berlin, *Ostheimer*-Innsbruck, *Pappenheim*-Wien, *Perutz*-Wien, *Pette*-Hamburg, *Peter*-Marburg, *Peust*-München, *Pfeifer*-Halle, *Pfeifer*-Leipzig, *Phleps*-Graz, *Pielus*-Tapiau, *Pohlisch*-Berlin, *Poengen*-Nassau, *Pollan*-Wien, *Popper*-Prag, *Pramer*-Linz, *Pulvermacher*-Berlin, *Pusching*-Klagenfurt, *Quensel*-Leipzig, *v. Rad*-Nürnberg, *Raimann*-Wien, *Ramst*-Hamburg, *Rehm*-Bremen, *Reich*-Berlin, *Reinhold*-Grafenberg, *Richard*-Göttingen, *Riese*-Frankfurt, *Rinne*-Langenhagen, *Ritter*-Innsbruck, *Rizor*-Hannover, *Rohde*-Erfurt, *v. Rohden*-Halle-Nietleben, *Rohrbach*-Bremen, *Roemer*-Karlsruhe, *Röper*-Hamburg, *Rosenthal*-Breslau, *Rostock*-Gehlsheim, *Ruckert*-Cochem, *Rufe*-Uchtspringe, *Runge*-Kiel, *Sachs*-Wien, *Sagi*-Bratislava, *Scharpst*-Tübingen, *Scherrer*-Valduna, *Schilder*-Wien, *Schindler*-Wien, *Schmidt*-Klingenmünster, *Schmidt*-Lengerich, *Schmidtberger*-Linz, *Schneider*-Goddelau, *Schnell*-Hochweitzschen, *Schob*-Dresden, *Scholl*-Cassel, *Schön*-Konstanz, *Schönfeld*-Riga, *Schulte*-Marsberg, *Schuster*-Aachen, *Schuster*-Budapest, *Schütte*-Langenhagen, *Schwabe*-Plauen i. V., *Schwaige*-Innsbruck, *Seelert*-Berlin, *Seige*-B. Liebenstein, *Sinn*-Neubabelsberg, *Sioli*-Düsseldorf, *Sorger*-Graz, *Speer*-Lindau, *Sroß*-Emmendingen, *Stanojevic*-Stenjevec, *Steckelmacher*-Nürnberg, *Stein*-Tenerz, *Steinfeld*-Düsseldorf, *Steinthal*-München, *Stender*-Riga, *Stern*-Wien, *Stiefler*-Linz, *Storch*-Tübingen, *Straus*-Stuttgart, *Sträußler*-Wien, *Strecker*-Würzburg, *Sünne*-Herzberge, *Squar*-Kostau, *Tachan*-Braunschweig, *Maria Tausk*-Graz, *Thumm*-Konstanz, *Tiling*-Gera, *Urban*-Karlsbad, *Urbach*-Wien, *Veraguth*-Zürich, *Vertes*-Budapest, *Vix*-Darmstadt, *Voß*-Düsseldorf, *Wachsmuth*-Eichberg, *v. Wagner-Jauregg*-Wien, *Wallenberg*-Danzig, *Walter*-Rostock, *Warnecke*-Kiel, *Wassermann*-Innsbruck, *Wassermeyer*-Alsbach, *Weber*-Chemnitz, *Weddige*-Stralsund, *Weeber*-Graz, *Weichbrodt*-Frankfurt, *Weigelt*-Leipzig, *Weil*-Stuttgart, *K. Weiler*-München, *L. Weiler*-München, *Weinmann*-München, *Wendt*-Kattowitz, *Wexberg*-Wien, *Weygandt*-Hamburg, *Wiehl*-Düsseldorf, *Wilhelmy*-Bonn, *Willige*-Ilten (Han.), *Wilmanns*-Heidelberg, *Wittgenstein*-Berlin, *Wolpert*-Berlin-Schlachtensee, *Wolter*-Hamburg, *Wüllenweber*-Köln, *Zaloziecki*-Cernauli (Rumänien), *Zierl*-Regensburg, *Ziertmann*-Bunzlau, *Zinn*-Eberswalde; zus. 360 Teilnehmer.

Vorsitzender: *Wagner v. Jauregg*-Wien.

Geschäftliches: Geheimer Sanitätsrat Dr. *Hans Lähr*-Wernigerode wird zum Ehrenmitglied ernannt.

Der Kassenbericht wird vorgetragen (siehe Bd. 81, Heft 2, S. 161). Der Jahresbeitrag für 1924 beträgt 4, für 1925 5 M. und ist einzusenden Konto Dr. *Mercklins* bei der Stolper Bank in Treptow a. Rega.

Die nächste Versammlung wird für September 1925 in Cassel geplant.

Gaupp teilt mit, daß die neurologischen und psychiatrischen Zeitschriften in Zukunft nur ausnahmsweise Arbeiten annehmen, die länger als 3 Druckbogen sind.

Statt der satzungsgemäß ausscheidenden Vorstandsmitglieder *Wagner von Jauregg*-Wien und *Vocke*-Eglfing werden *Berze*-Wien und *Bonhoeffer*-Berlin in den Vorstand gewählt, letzterer als erster Vorsitzender.

Referate: 1. *Bumke*-München: Über die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie.

Als die Psychiatrie anfing, eine Wissenschaft zu werden, da stand die naturwissenschaftliche Forschung im Zeichen des Darwinismus. Materialistische Auffassungen waren es, die das allgemeine Denken beherrschten. Wir wissen, wie sich diese Auffassungen in den Köpfen medizinischer Forscher nicht bloß zu einer bestimmten Lösung des Leib-Seele-Problems, sondern zugleich zu recht mechanistischen Vorstellungen über die Psyche selber verdichtet haben. Der Einfluß *Darwins* hat aber überdies in die Psychiatrie wie in andere medizinische Fächer Gedankengänge eingeführt, die bis in die neueste Zeit wiederholt zu werden pflegen, wenn sie auch nicht immer erneut auf ihren wahren Gehalt geprüft worden sind. Die dem menschlichen Nervensystem eigentümlichen Reaktionsweisen werden als der ererbte Niederschlag aus dem Erleben zahlreicher Geschlechter, bestimmte krankhafte Symptome als die Überbleibsel stammesgeschichtlich uralter Schutzeinrichtungen, als Enthemmung ursprünglicher Trieb- und Willensrichtungen oder als Rückfall in archaisch-primitive Denkformen aufgefaßt, und viele, wenn nicht alle angeborenen und in früher Jugend hervorgetretenen Krankheitszustände endlich werden als Infantilismen betrachtet, als ein Verharren auf früheren, von der Menschheit im Ganzen längst überholten Entwicklungsstufen gedeutet. Bei anderen Krankheitszuständen wird, allen entgegenstehenden Ergebnissen der Biologie zum Trotz, auch heute noch an eine Vererbung im Einzelleben erworbener Eigenschaften oder, was mir persönlich viel annehmbarer erscheint, an die Wirkung einer unzweckmäßigen Selektion gedacht, und diese Krankheitszustände selbst werden somit für Entartungserscheinungen erklärt.

Für den Historiker, der die geistigen Strömungen nicht nur unseres Faches, sondern unserer Zeit später rückläufig betrachten sollte, wird es gewiß von Reiz sein, festzustellen, wie diese darwinistischen, materialistischen und mechanistischen Auffassungen etwa von der Wende des Jahrhunderts an in zunehmendem Maße durch metaphysisch-romantische Elemente verdrängt oder wenigstens mit ihnen durchflochten worden sind. Namentlich seit dem Kriege hat sich das romantische Denken so schnell ausgebreitet, daß nicht allen Köpfen die Zeit blieb, ihm durch Überwindung des Materialismus auch Platz zu schaffen. Freilich die Mystik, die eine solche Synthese auch nur vorübergehend

zuläßt, ist selbst von recht eigener Art: es ist die Mystik, die keinen religiösen Gedanken, keinen großen Metaphysiker und keinen genialen Künstler hervorzubringen vermag, dafür aber ein Heer von Medien und Telepathen neben etlichen rechnenden Tieren ernährt; die Metapsychologie, die den Materialismus anscheinend nur deshalb bekämpft, um selber bei den Materialisationen zu enden; und die Metaphysik, die, trotz aller gesuchten Dunkelheit ihrer Sprache, einen schulmeisterlich-rationalistischen Kern so schlecht verbirgt, daß man vielleicht schon heute sagen kann, sie wird sich eines Tages als der Auftakt zu einer neuen Aufklärung entpuppen.

Man wird nicht leugnen dürfen, daß sich die Vereinigung von grob materialistischen und recht rohen romantischen Vorstellungen auch in der psychologischen und psychiatrischen Literatur unserer Tage nachweisen läßt. Phantastische psychologische Deutungsversuche, telepathische, spiritistische und hirnmythologische Behauptungen werden aufgestellt; die heterogensten Betrachtungsweisen — naturwissenschaftliche, künstlerische und philosophische — werden in Veröffentlichungen rein literarischer Färbung durcheinandergeworfen, und wenn jemand durch dieses Gestrüpp von Worten doch hindurchzudringen versucht, so wird er mit der Erklärung zurückgewiesen, daß die Ergebnisse durch „Innenschau" gefunden worden wären, mit naturwissenschaftlichen oder auch mit logischen Beweismitteln also nicht widerlegt werden könnten.

Angesichts dieser Verwirrung ist es an sich durchaus zu begrüßen, daß sich in den letzten zwei Jahrzehnten mit zunehmender Stärke das Bestreben geltend macht, die Grenzen der psychiatrischen Forschung erkenntniskritisch abzustecken und ihre methodischen Grundlagen erneut durchzudenken.

Wir wissen, wie viel wir namentlich *Jaspers* in dieser Hinsicht verdanken, aber man darf wohl ohne Übertreibung sagen, daß auch heute noch viele Begriffe, mit denen wir täglich in voller Harmlosigkeit arbeiten, eine gründliche kritische Läuterung dringend nötig haben. Nur eines wird keine Arbeit dieser Art jemals vergessen dürfen, daß nämlich die Psychiatrie — ich zitiere jetzt den Philosophen *Hönigswald* — „dem methodischen Sinn ihrer Fragestellung, der Struktur ihrer Begriffsbildung und Begriffsgliederung nach Naturwissenschaft ist", und daß sich selbst die Psychologie, wohin man sie auch sonst rechnen mag, „von jeder Rücksicht auf physiologische Aufgaben", „grundsätzlich und in der ganzen Ausdehnung ihres Problemkreises" niemals wird freimachen können. Das ist in letzter Zeit gelegentlich allzusehr vergessen worden. Allen Ernstes hat man versucht, die Psychiatrie aus der Gesamtmedizin herauszulösen und als Zweig der Geisteswissenschaften neu zu begründen. Man wird hier nicht zu sagen brauchen, daß dieser Versuch von Grund aus verfehlt ist; wir brauchen uns nur vorzustellen, daß uns jede Einstellung auf das Gehirn und den sonstigen Körper und daß uns jede Anwendung anatomischer, neurologischer und serologischer Arbeitsweisen schon vor hundert Jahren mit ähnlicher Entschiedenheit verboten worden wäre wie jetzt: wir würden dann selbst von der Paralyse noch weniger wissen als etwa von den Schizophrenien.

In letzter Linie beruhen viele von diesen philosophierenden Auswüchsen sowohl wie manche Entgleisungen der Hirnmythologie und der

Psychoanalyse auf einem Mißverständnis. Sie berufen sich alle auf *Husserls* Phänomenologie. Daß gerade *Husserl* der Naturwissenschaft dringend empfiehlt, „die Grenzen der dogmatischen Forschung gegenüber von kritizistischen Fragestellungen abzuschließen," wird dabei ebenso übersehen wie *Husserls* mehrfach abgegebene Erklärung, „daß die reine Phänomenologie nicht Psychologie ist" und daß die Psychologie eine Erfahrungswissenschaft, eine Wissenschaft von Tatsachen, von Realitäten, daß dagegen die Phänomenologie eine Wissenschaft ist, die ausschließlich „Wesenserkenntnisse" feststellen wolle und „durchaus keine Tatsachen".

Wenn man also heute in der Psychologie und Psychiatrie von phänomenologischer Forschung spricht, so kann das zwei ganz verschiedene Dinge bedeuten: entweder eine philosophische Fundierung der loychologie, die, an sich wohl notwendig und erwünscht, von der psycho-Psischen und psychiatrischen Tatsachenforschung gerade nach *Husserl* nicht abgewartet zu werden braucht; oder aber etwas, was mit *Husserls* Phänomenologie wirklich nur den Namen gemein hat: das für uns heute wieder selbstverständliche Bestreben nämlich, zunächst zu erfahren, was es ist, was sich in der Psyche von Gesunden und Kranken denn eigentlich abspielt. Das ist die Phänomenologie, die so viele von uns mit Bewußtsein treiben, und die insbesondere *Jaspers* auch systematisch zu begründen gesucht hat. Was die Psychiatrie von heute am meisten kennzeichnet, ist ja doch eine ganz bestimmte psychologische Einstellung, die übrigens wieder nicht unserem Fach allein, sondern unserer ganzen wissenschaftlichen Epoche zukommt. Von einer psychologischen Richtung in der Psychiatrie hätte man vor einem Menschenalter auch sprechen können. Aber die Psychologie von damals — auch sie war eine notwendige Phase in der Entwicklung unserer Wissenschaft, denn erst sie hat die psychologische Spekulation überwunden — hat uns in ihren praktischen Ergebnissen bitter enttäuscht. An ihre Stelle ist eine Psychologie der Zusammenhänge getreten, eine Psychologie, die, befreit von allem Ballast der Hirnmythologie und der herkömmlichen Atomisierung der Seele, komplexe seelische Vorgänge bei Gesunden und Kranken zunächst einmal in möglichst reiner Gestalt kennen lernen, dann aber nicht zerpflücken, sondern als Ganzes begreifen und aus ihren seelischen Voraussetzungen ableiten will; eine Psychologie, die darum Temperament und Charakter, Einstellung und Reaktionsfähigkeit, Milieu und Erlebnis in den Vordergrund ihrer Betrachtungen rückt; die nicht blutleere, abstrakte Schemata, sondern lebendige Menschen hinzustellen versucht und die deshalb auf die Beobachtung jener seelischen Vorgänge, die uns das tägliche Leben bietet, ebenso wenig hochmütig verzichtet wie auf die psychologischen Weisheiten, die gute Menschenkenner zu allen Zeiten und in literarischen Erzeugnissen aller Art niedergelegt haben. Diese Psychologie ist es, die heute die Psychiatrie beherrscht, auch hier registriert sie nicht bloß, was sie sieht, referiert nicht mehr einen Wahn, sondern sucht die oft vielfach verzweigten Wurzeln seiner Entstehung auf. Sie hält sich dabei auch nicht bloß an den äußeren Schein und nicht nur an das, was Gesunde und Kranke uns mitzuteilen für gut befinden. Auch in jene dunkeln Zusammenhänge des seelischen Lebens

sucht sie einzudringen, die die Wissenschaft bis vor gar nicht langer Zeit entweder bestritt oder doch hinter dem Schlagwort des unbewußten seelischen Geschehens verbarg.

Kraepelin hat schon auf die Fehlerquellen hingewiesen, die der dichterischen Nachschöpfung der bei Kranken sich abspielenden seelischen Vorgänge notwendig anhaften müssen. Ich leugne diese Gefahren nicht, aber ich möchte doch betonen, daß eine Psychopathologie, die auf solche Nachschöpfungen ganz verzichten wollte, sich selber aufgeben müßte. Eine Psychologie, die alles Subjektive ausschiede, würde ihren eigenen Inhalt erdrosseln. Die einfache Feststellung, daß ein Kranker nicht bloß schweigt und sich langsam bewegt, sondern daß er traurig ist, enthält ja doch auch schon ein subjektives Moment, und zwischen ihr und der Darstellung des sensitiven Beziehungswahns durch *Kretschmer* z. B. besteht methodisch lediglich ein quantitativer Unterschied.

Ich selbst sehe die Gefahren der augenblicklichen psychologischen Richtung auch im wesentlichen auf anderen Gebieten. Es ist kein Zweifel, daß die Beziehungen zur Psychologie des täglichen Lebens nicht bloß, sondern auch zu der der Dichter und Schriftsteller viele Unberufene zu rein literarischen Leistungen verführt haben, die in anatomisch oder neurologisch eingestellten Zeiten selbstverständlich unmöglich wären. Fehler dieser Art berichtigen sich aber im Laufe der weiteren Entwicklung von selbst. Umso bedenklicher aber erscheint mir eine andere Gefahr, die gerade in der letzten Zeit — wie übrigens zu *Moebius* Zeiten schon einmal — wieder dringend geworden ist: daß nämlich eine Psychologie, die von pathologischen Fällen ausgeht, um von hier in das Gesunde vorzudringen, — ich erinnere an das Schizoid — allzu leicht normale Reaktionen zu krankhaften und den gesunden Menschen zu einem Psychopathen verfälscht.

So liegt die Gefahr der modernen psychologischen Richtung in der Psychiatrie nach meiner Überzeugung viel weniger in der Feststellung der Tatsachen als in den Schlüssen, die aus diesen Tatsachen gezogen werden. Ich selbst habe seit Jahren als ein wesentliches Kriterium der funktionellen Psychosen und der psychopathischen Konstitutionen das hervorgehoben, daß alle diese krankhaften Zustände dem Gesunden immer verständlich bleiben, und *Jaspers* hat den grundsätzlichen Unterschied zwischen diesen verständlichen und den kausalen Zusammenhängen betont. Aber was für die paranoischen Entwicklungen, für psychogene Reaktionen und für die hysterische Konstitution z. B. gilt, gilt nach meinem Dafürhalten nicht für die Paralyse und nicht für die Schizophrenien. Unmöglich kann man denselben Zustand auf einen groben und — psychologisch betrachtet — sinnlosen Eingriff in die Unversehrtheit des Nervensystems zurückführen und gleichzeitig aus gewissen normal-psychologischen Voraussetzungen ableiten wollen.

Deutungen und nicht Tatsachen sind es auch, die wir, die Gegner, bei der Psychoanalyse bestreiten. Das muß, angesichts gewisser Bemerkungen polemischer Art nach meinem Dafürhalten immer wieder betont werden. Was die Kranken sagen und tun, und was psychoanalytisch eingestellte Ärzte über ihr Verhalten berichten, das hat noch niemand bestritten. Aber dass wir deshalb glauben müssen, daß der eigentliche

Sinn des Geschlechtsaktes in der Absicht des Mannes beruhe, in den Mutterleib zurückzukehren, das folgt aus diesen Tatsachen nicht. *Schilder* hat neuerdings gemeint, daß sich die Psychoanalyse zwar nicht mit der älteren Logik, die er als Schullogik bezeichnet, wohl aber mit der neueren Logik vertrüge, die von den Formeln zum Schauen, zur intuitiven Einsicht in Wesenheiten zurückgekehrt sei, das kann praktisch wieder nur bedeuten: die Diskussion über psychoanalytische Behauptungen ist dem Gegner deshalb verwehrt, weil diese Behauptungen auf Grund der Innenschau aufgestellt worden sind. Das ist bekanntlich dieselbe Begründung, mit der auch *Rudolf Steiner* jeden Einwand gegen seine anthroposophische Lehre zurückweist.

Übrigens bin ich überzeugt, daß die psychoanalytische Richtung die Höhe ihrer Entwicklung bereits überschritten hat, und daß eine ruhige Würdigung ihrer geschichtlichen Bedeutung in nicht allzu ferner Zeit möglich sein wird. Es hieße m. E. an der Logik wissenschaftlicher Entwicklungen überhaupt zweifeln, wollte man nicht auch diese Bewegung für eine historisch notwendige halten. In der Tat hat uns erst die Lehre vom Unbewußten, so wie sie *Freud* vertritt, in die Psychologie und in die Psychopathologie Mechanismen einführen lassen, die zunächst nur unter dieser Flagge aufgenommen werden konnten. Aber was m. E. viel wichtiger ist: der ungeheure Erfolg der psychoanalytischen Schule mußte wohl sein, damit Psychologie und Pathologie sich wieder auf ihre eigentlichen Aufgaben besannen. Nur weil die offizielle psychologische Wissenschaft einst gar so wirklichkeitsfremd war und weil sie von den tatsächlichen seelischen Erlebnissen scheinbar so sehr wenig wußte, nur deshalb ist dieser Erfolg überhaupt möglich gewesen. Diese Zeit liegt hinter uns; aber wenn jetzt die psychoanalytische Welle bald verebben sollte, so wollen wir doch dankbar anerkennen, daß sie recht viel verstaubte Requisiten einer reinen Laboratoriums- und Schreibtischpsychologie hinweggespült hat.

Gerade wer wie ich überzeugt ist, daß die Psychiatrie die heute erreichte psychologische Einstellung niemals wird aufgeben können, wird doch nicht verkennen dürfen, daß auch die somatischen Aufgaben unseres Faches sehr viel stärker betont zu werden verdienen, als es in den letzten Jahren an vielen Orten geschehen ist. Freilich, die Serologie hat große Erfolge erzielt, und die von *Wagner von Jauregg* inaugurierte rein biologisch fundierte Therapie der Metalues wird immer als eine der größten Leistungen unserer Epoche verzeichnet werden. Auch von innerer Sekretion und von der Chemie der Psychosen ist zum mindesten in programmatischen Aufsätzen recht viel die Rede gewesen. Aber die neurologische oder richtiger hirnpathologische Richtung ist lange Zeit sehr stark vernachlässigt worden. Gewiß, die Hoffnungen, die sich einst an den Namen *Meynerts* geknüpft hatten, haben sich nicht erfüllt und der geniale Versuch von *Wernicke*, die klinische Psychiatrie auf dem schmalen Fundament der Aphasielehre neu zu errichten, ist wohl für alle Zeiten gescheitert. Aber das alles ist kein Grund, auf die Mittel zu verzichten, die uns die neurologische Arbeitsweise in die Hand zu geben vermag. Es ist doch sehr denkbar, daß der Nutzen, den die Psychiatrie aus den zahlreichen Kriegsverletzungen des Gehirns gezogen hat, größer

hätte sein können, wenn es mehr neurologisch interessierte Psychiater gegeben hätte.

Übrigens mehren sich die Zeichen, daß das Pendel jetzt zurückschlagen könnte. Die psychischen Folgezustände nach Enzephalitis bei Kindern haben bewiesen, daß das Gebiet der funktionellen Störungen auf Grund neuer Erkenntnisse auch heute noch zugunsten der organischen Krankheiten eingeengt werden muß. Dieselbe Enzephalitis-Epidemie läßt erneut mit der Möglichkeit rechnen, daß doch eine Lokalisation wenigstens gewisser krankhafter Störungen, wenn auch unter ganz veränderten Gesichtspunkten, gelingen könnte. Und schließlich haben die Beziehungen, die wenigstens manche von den striären Syndromen zu bestimmten schizophrenen Zustandsbildern zu besitzen scheinen, jene hirnphysiologische Art, katatone Syndrome zu betrachten, uns wieder näher gerückt, die *Wernicke* eingeführt und die gerade auf diesem Sondergebiet *Kleist* mit so großem Erfolge längst angewandt hatte.

Nicht ganz dieselbe Rolle wie vor zwanzig Jahren spielt heute auch die Anatomie der Psychosen. Nach den großen Erfolgen, die sich an die Namen von *Nißl* und *Alzheimer* knüpfen, hat die Histopathologie ihre eigene Entwicklung mehr in die Tiefe geführt, und zugleich hat die psychologische Richtung in der Psychiatrie die ursprünglich nahe Verbindung beider Disziplinen ein wenig gelockert. Beides werden hoffentlich nur vorübergehende Erscheinungen sein.

Freilich auch unsere Grundanschauungen über die Möglichkeiten einer anatomischen Fundierung in der Psychiatrie haben sich von Grund auf gewandelt. Vor zwanzig Jahren schienen die Dinge ja in dieser Hinsicht überaus einfach zu liegen. Es war die Zeit, in der die von *Kahlbaum* begründete klinische Betrachtungsweise den Höhepunkt ihrer Erfolge erreicht hatte. Wer damals überhaupt für einen Kliniker gelten wollte, durfte nur Krankheitseinheiten kennen. Einheitlich war die Ätiologie, einheitlich Pathogenese und Anatomie, als einheitlich mußten sich vor allem aber auch Verlauf und Ausgang der Krankheiten erweisen. Taten sie das, so verstand sich Gemeinsamkeit der Ätiologie, der Pathogenese und der pathologischen Anatomie für diese Fälle von selbst. Es war die Zeit, in der kein geringerer als *Nißl* sogar die Hysterie für eine Störung erklärte, deren Grundlagen pathologisch-anatomisch ebenso faßbar wie die der Paralyse, und in der er deshalb alle Versuche, hysterische Symptome psychologisch zu deuten, für unwissenschaftlich und den Begriff der funktionellen Geisteskrankheiten für die Quelle fundamentaler Irrtümer erklärte.

Die Zeiten haben sich schnell geändert. Fast unmittelbar nach *Nißls* Vortrag erklärte *Hoche* die reine Hysterie für eine funktionelle Erkrankung in dem Sinne, daß sie eine pathologische Anatomie weder besäße noch jemals besitzen würde. 1906 hat dann derselbe Autor das Dogma von der pathologisch-anatomischen Bedingtheit aller Psychosen in viel allgemeinerer Form entschieden bekämpft. Der Zweifel galt selbstverständlich nicht den Krankheiten, die mit einem psychischen Defekt zu enden pflegen, und für die eine anatomische Grundlage deshalb vorausgesetzt werden darf; und er bezog sich

ebenso selbstverständlich nicht auf die grundsätzliche Überzeugung von dem Zusammenhange alles psychischen Geschehens mit materiellen Gehirnvorgängen überhaupt. Nur die Behauptung, daß allen Seelenstörungen pathologische Gehirnprozesse etwa nach Art des paralytischen zugrunde lägen, sollte entschieden bestritten und daraus zugleich die Frage abgeleitet werden, „ob wir überhaupt irgendwelche Hoffnungen haben, aus der pathologischen Anatomie Hilfe für die Sonderung unserer Krankheitsbilder im allgemeinen zu bekommen".

Hoches Ansturm gegen die damals herrschende Richtung hat sich in diesem Kampf gegen das anatomische Dogma bekanntlich nicht erschöpft. Sein Zweifel galt der Krankheitseinheit überhaupt. Sie war für ihn nicht wie für *Kraepelin* ein Ideal, sondern ein Phantom, und das Streben nach der restlos befriedigenden klinischen Gruppierung aller Psychosen wurde von ihm für ein utopisches Bemühen erklärt, aussichtslos wie der Versuch, eine trübe Flüssigkeit durch fortgesetztes Umgießen in immer neue Töpfe zu klären.

Hoche hat sich jedoch keineswegs auf die Verneinung beschränkt. In seiner Syndromenlehre, die er an die Stelle der Krankheitseinheiten stellen wollte, hat er auf gewisse innerlich zusammenhängende Symptomenkomplexe verwiesen, die offensichtlich im Nervensystem ebenso vorgebildet und bereit lägen und deshalb auch ebenso durch verschiedene Anlässe bloßgelegt werden könnten wie etwa der epileptische Anfall.

Die Älteren unter uns erinnern sich der entschiedenen und allseitigen Ablehnung, die diese ketzerischen Gedanken auf dieser Versammlung jetzt vor 18 Jahren in München erfuhren — und doch war die Bestätigung von *Hoches* Ansichten danach schon auf dem Marsche, 1909 trat *Bonhoeffer* auf Grund jahrelanger Beobachtungen mit den exogenen Symptomenkomplexen hervor. Hier wurde gezeigt, „daß die groben exogenen Schädigungen der verschiedensten Art im wesentlichen übereinstimmende akute psychische Symptomenbilder schufen". *Bonhoeffer* meinte deshalb, daß es vielleicht zweckmäßiger wäre, hier von psychischen Reaktionsformen, von exogenen Schädigungstypen zu sprechen, als von eigentlichen Psychosen.

So wurde der Begriff der „Krankheitseinheit" an seinem scheinbar gesicherten Bollwerk, von der Seite der exogenen, organischen Psychosen unterminiert. Noch in demselben Jahre habe ich selbst, wesentlich durch *Hoche* beeinflußt, für die funktionellen Psychosen nachzuweisen versucht, daß es hier Krankheitseinheiten im Sinne der damaligen *Kraepelin*schen Schule schlechthin nicht geben könne; daß alle diese Formen, die bei der Vererbung immer wieder neu gebildet würden, ineinanderspielten, sich in ihren Symptomen durchflöchten und alle auch mit der Norm durch fließende Übergänge verbunden blieben; daß sie alle, ihrer Entstehung entsprechend, psychologisch immer verständlich blieben; daß sie dafür aber eine pathologische Anatomie im Sinne der Paralyse nicht haben könnten; daß es also angesichts dieser Sachlage vollkommen aussichtslos sei, hier Krankheiten mit dem Anspruch auf exakte und unwiderlegliche Beweisführung gegeneinander abzugrenzen; sondern daß nichts übrig bliebe, als in dieses fließende natürliche Geschehen lediglich

durch die Aufstellung von Typen eine gewisse systematische Ordnung zu bringen.

Übrigens hatten *Bonhoeffer* sowohl wie ich damals schon auf die gelegentliche Verbindung funktioneller und exogener Syndrome hingewiesen. Hier war also, wie man heute sagen würde, sogar schon von einer mehrdimensionalen Diagnostik die Rede.

Inzwischen zeigte sich in der praktischen Arbeit immer mehr, daß die klinische Richtung ihre natürlichen Grenzen erreicht hatte. Mir selbst sind als die letzten Marksteine auf diesem abwärts gerichteten Wege immer das Buch von *G. L. Dreyfuß* über die Melancholie und die Arbeiten von *G. Specht* über die Beziehungen der Paranoia zum manisch-depressiven Irresein erschienen. Wenn von den funktionellen Psychosen am Ende nur eine einzige, das manisch-depressive Irresein, übrig blieb, die außer der alten einfachen Manie und Melancholie und den periodischen und zirkulären Psychosen, auf der einen Seite die leichtesten zyklothymen Formen — bis zur Veranlagung eines *Goethe*! —, auf der andern aber die unter anderm zur Verblödung führenden Involutionspsychosen und den zumeist unheilbaren Querulantenwahn umfassen sollte — Sie wissen, später sind noch Zwangszustände, Herz- und Magenneurosen und vieles andere hinzugekommen —, ja das hieß doch gar nichts anderes, als daß man das Suchen nach Krankheitseinheiten auf diesem, dem funktionellen Gebiete, hatte aufgeben müssen. Daß die Dinge aber für die exogenen Formen genau so lagen, ergab sich aus *Bonhoeffers* weiteren Arbeiten von selbst.

So war die Phalanx, der sich *Hoche* bei einer erneuten, zusammenfassenden Darstellung seines Standpunktes im Jahre 1912 in Kiel gegenübersah, schon nicht mehr so geschlossen und auch nicht mehr ganz innerlich fest. *Siemerling* bekannte sich offen zu seinen Ansichten, während *Kraepelin* immer noch vor ihnen warnte. Wie sehr sich die Dinge aber von da an gewandelt haben, das zeigt am deutlichsten eine Arbeit *Kraepelins* aus dem Jahre 1920. Hier werden nicht nur *Bonhoeffers* exogene Reaktionsformen anerkannt, sondern zugleich Gedankengänge entwickelt, die mit denen *Hoches* in weitgehender Weise übereinstimmen. Es wird als besonders bedeutungsvoll bezeichnet, „daß zahlreiche Äußerungsformen des Irreseins durch vorgebildete Einrichtungen des menschlichen Organismus ein für alle Mal festgelegt sind und sich daher überall in gleicher Weise abspielen, wo die Vorbedingungen dazu gegeben sind". Der Ursprung derartiger Krankheitserscheinungen aus vorgebildeten Einrichtungen würde sich vielfach in dem Umstand offenbaren müssen, „daß sie nicht auf einen bestimmten Krankheitsvorgang beschränkt seien, sondern durch verschiedenartige krankmachende Einwirkungen in gleicher Form hervorgerufen werden" könnten. So seien wir genötigt, „die Annahme, daß diese oder jene Störung für einen bestimmten Krankheitsvorgang kennzeichnend sei, auf das Äußerste einzuschränken".

Das bedeutete nicht mehr und nicht weniger als die Abkehr von den elementarsten Voraussetzungen der bisherigen klinischen Richtung. Der Führer der klinischen Schule hatte sich zu *Hoches* Ansichten bekannt. Die so erzielte Übereinstimmung gewinnt dadurch noch an Bedeutung, daß *Kraepelin* zu seinem Standpunkt offenbar auf ganz eigenen Wegen

gelangt war; denn *Hoches* Name wird in der genannten Arbeit gar nicht erwähnt.

Inzwischen hatte sich die klinische Arbeit längst der durch die Beseitigung alter Dogmen erschlossenen Gebiete bemächtigt und wertvolle Früchte eingeheimst. Auf einige Jahre, in denen wir in einer rein negativen Kritik zu ersticken drohten, ist eine Zeit der angeregtesten Tätigkeit gefolgt, deren allgemeine Richtung vielleicht am durchsichtigsten in der Entwicklung der Paranoialehre zutage tritt. Hier hatten *Specht*, *Friedmann* und *Gaupp*, um nur die wichtigsten Namen zu nennen, eine psychologische Betrachtungsweise, die der Genese des Wahns nachging, eingeführt. Aber ganz frei wurde die Bahn für unsere heutigen Anschauungen doch erst, nachdem das Dogma von den Krankheitseinheiten gefallen war. Erst seitdem die Frage, ob ein nervöser Mann oder eine u. a. auch hysterische Frau, die Beeinträchtigungsideen äußern, an Neurasthenie, an Hysterie, an Melancholie oder an Paranoia leiden, für uns keinen Sinn mehr besitzt, war es möglich, dem Aufbau dieser Krankheitszustände so nachzugehen, wie es in neuester Zeit durch *Kretschmer*, *Kehrer* u. a. geschehen ist. Daß die psychologische Betrachtung solcher Zustände von selbst auf erbbiologische Fragen, auf die Frage nach der Anlage und ihrer Herkunft, nach Temperament und Charakter, sowie ihrer etwaigen körperlichen Bedingtheit, daß sie weiter zur Prüfung des Milieus und zur Untersuchung der Erlebnisse führen mußte, daß dabei auch exogene Faktoren im somatischen Sinne, die die Widerstandskraft des Einzelnen herabsetzen können, mit in Betracht gezogen werden mußten, und daß sich schließlich aus allen diesen Einsichten auch vollkommen neue Gesichtspunkte für die Psychotherapie ergeben mußten, dies alles verstand sich für den Kliniker von selbst. Als Gesamtbild ist auf diese Weise das entstanden, was *Birnbaum* in glücklichen programmatischen Aufsätzen als „Aufbau der Psychose" und als „Strukturanalyse" auseinandergesetzt hat.

Es wird im Rahmen dieses Referates unmöglich sein, alle Anregungen bis in ihre letzten Wirkungen zu verfolgen, die von dieser neuen Betrachtungsweise ausgegangen sind. Schon lange denken wir daran, daß gewisse psychopathische Anlagen und manche Psychosen ihre körperliche Ursache in endokrinen Störungen besitzen könnten, von denen wir bis heute noch so gut wie gar nichts wissen. *Kretschmer* hat dann bekanntlich weiter die Frage gestellt, ob nicht eine solche endokrine Störung, außer in gewissen psychischen Reaktionsweisen auch in einem bestimmten Körperbau zum Ausdruck gelangen und ob sich so nicht gesetzmäßige Beziehungen zwischen Körperbau und Charakter ergeben könnten. Die Erbbiologie hat den Gedanken, daß hinter den Psychosen nicht Krankheitseinheiten, sondern unter Umständen eine Vielheit krankmachender Ursachen stehen könnte, unter Verwendung Mendelistischer Grundsätze für ihre Zwecke brauchbar zu machen gesucht und rechnet heute zwar nicht mit dem Polymorphismus der Vererbung, aber auch nicht mehr mit der ausschließlichen Übertragung dieser oder jener Krankheitsanlage, sondern mit der Durchflechtung von mehreren gesunden und kranken Tendenzen bei ein und demselben Menschen, eine Durchflechtung, die die

unendliche Mannigfaltigkeit der tatsächlich beobachteten Krankheitsbilder zu erklären vermöchte.

So haben sich in verhältnismäßig wenigen Jahren die Fragestellungen vollkommen verschoben. Von den Dogmen der klinischen Schule ist kaum eines mehr übriggeblieben. Ja, gerade in neuester Zeit ist auch das noch fraglich geworden, ob eine bestimmte Form ungünstigen Ausgangs wirklich die Zusammengehörigkeit aller jener Psychosen erweist, bei denen dieser Ausgang beobachtet wird. Wir wissen ja heute, daß sogar die Paralyse heilen und zum Stillstand gelangen kann. Für die Dementia praecox stand schon lange fest, daß sie nicht immer zur Verblödung führt. Jetzt aber ist die Frage aufgetaucht, ob denn die schizophrenen Endzustände überhaupt etwas anderes sind als eine Form ungünstigen Ausgangs, den sehr verschiedene psychische Erkrankungen zu nehmen vermögen. Daß die katatonen Syndrome im engeren Sinne nicht spezifisch sind und auf alle möglichen exogenen Schädigungen folgen können, wußten wir längst, ebenso wie uns auf anderen Gebieten auch des eigenen Faches — ich erinnere an *Delir* und *Korssakow* — auch das immer geläufig geblieben ist, daß qualitativ gleiche Schädlichkeiten das eine Gehirn zu einer vorübergehenden, heilbaren Psychose, das andere aber zu einem länger dauernden oder gar unheilbaren Defektzustand veranlassen und daß die Zustandsbilder in beiden Fällen durch lange Zeit dieselben sein können. Es ist durchaus denkbar, daß die Dinge hinsichtlich der schizophrenen Prozesse ähnlich liegen. Auch hier würden dann Verlauf und Ausgang nicht mehr von der Zugehörigkeit zu dieser oder jener Krankheitseinheit, sondern, wie in der ganzen übrigen Pathologie, von dem Kräfteverhältnis zwischen Organismus und krankmachender Ursache abhängen. Ich habe in letzter Zeit wiederholt darauf aufmerksam gemacht, daß doch zwischen gewissen schizophrenen und manchen symptomatischen Psychosen nicht nur in bezug auf die Symptomatologie, sondern auch hinsichtlich der besonderen Umstände des Auftretens (im Wochenbett z. B.) weitgehende Übereinstimmungen bestehen, und daß sie sich häufig durch gar nichts anderes unterscheiden, als daß das eine Mal eine Heilung, das andere Mal aber eine faselige Verblödung erfolgt. Das kann aber nach allen sonstigen Erfahrungen der Klinik — ich erinnere nur an die Lungentuberkulose — an sich noch keinen Grund zur Trennung bedeuten. Es bleibt also durchaus möglich, daß die schizophrenen Syndrome einschließlich der Defektzustände insgesamt nichts anderes sind als eine bestimmte Form exogener Reaktionen, die, wenn auch nicht von allen, so doch von manchen Gehirnen für recht verschiedene Schädlichkeiten bereit gehalten werden.

Das alles sind Fragen, die wohl erst nach langer, mühevoller Arbeit geklärt werden können. Diese Arbeit aber wird in das zu erforschende Gebiet von den verschiedensten Seiten aus eindringen müssen. Psychologische, neurologische, serologische und anatomische Methoden werden neben denen der Erbbiologie und der Konstitutionspathologie anzuwenden sein. Keine wird den Anspruch erheben dürfen, uns allein zum Ziele zu führen; Forschungsgrundsätze und Forschungsmittel, die allen Aufgaben und jeder Betrachtungsweise Genüge tun, kann es ja doch wohl nicht geben, und auch die fruchtbarsten Gedanken müssen sich irgendwann und irgend-

wo einmal notwendig erschöpfen. Ich bin z. B. ganz überzeugt, daß die Unterscheidung von organisch und funktionell, auf die auch in diesem Referat wieder Wert gelegt worden ist, gewiß nicht überspannt werden darf. In manchen Fällen mag es wirklich, wie *G. Specht* meint, eine reine Quantitätsfrage sein, ob eine Stoffwechselstörung „homonome", d. h. in meinem Sinne funktionelle und psychologisch verständliche, oder „heteronome", d. h. organische Bilder erzeugt. Aber das ändert doch daran nichts, daß der natürliche Ausgangspunkt, für die Betrachtung der exogenen und organischen Psychosen im Gehirn, der aber für das Studium der funktionellen Erkrankungen in der Psyche, und zwar in der normalen Psyche erblickt werden muß. Treffen Forscher, die von so verschiedenen Standpunkten ausgegangen sind, an irgend einer Stelle zusammen, so wird man daraus doch nur folgern dürfen, daß jeder auf seinem Wege in das gemeinsame Arbeitsgebiet erfreulich weit eingedrungen war.

Freilich wird es gut sein, wenn keiner die Arbeitsgenossen und keiner auch die lebendigen Kranken allzusehr aus dem Auge verliert. Gerade in der zunehmenden Spezialisierung unseres Faches, von der sich manche so viel erhoffen, erblicke ich selbst eine große Gefahr.

Fühlung aber werden wir endlich auch mit der soeben überwundenen wissenschaftlichen Epoche behalten müssen. Ihre Leistungen — wir wissen alle, wie groß diese Leistungen gewesen sind — haben unsere eigene Arbeit ja erst möglich gemacht.

2. *Kleist*-Frankfurt a. M.:

Im vergangenen Jahrhundert herrschten in der Psychiatrie nacheinander die psychologisch-symptomatologische, die anatomisch-neurologische (*Griesinger, Wernicke*) und die klinisch-ätiologische Forschungsrichtung (*Kahlbaum, Kraepelin*). Aus der wachsenden Einsicht in die Schwächen der klinischen Methode und die Fragwürdigkeit des Begriffes der Krankheitseinheit besonders bei den konstitutionellen Erkrankungen ergab sich ein krisenhafter Übergangszustand, bis in den letzten Jahren neue Forschungsrichtungen sich stärker ausbildeten. Man kann in der gegenwärtigen Psychiatrie unterscheiden: eine philosophische, eine psychologische, eine neurologische und eine konstitutionelle Strömung.

1. Die philosophische Strömung ist ein Ausfluß der allgemeinen Wandlung des Zeitgeistes, die besonders seit dem Kriegsende deutlich geworden ist. Die erkennende und zergliedernde Weltbetrachtung hat trotz gewaltiger technischer Fortschritte und tiefer naturwissenschaftlicher Einsichten an Boden verloren. Viele huldigen einer Lebensphilosophie, die mittels intuitiver Erkenntnis die Welt als einen einheitlichen Strom schöpferischer Lebenskraft erfassen will. Eine Teilerscheinung dieser Weltauffassung ist die Phänomenologie, deren „Wesensschau" sich die Seele — im Gegensatz zur Elementen- und Assoziationspsychologie — als etwas Einheitliches, Tätiges, mit anderen Erscheinungen ganz Unvergleichbares darstellt. In der Psychiatrie führt diese Auffassung des seelischen Lebens folgerichtig zu der Anschauung, daß die Übertragung biologischer und pathologischer Begriffe auf die Seele streng

genommen nicht erlaubt, „eine ungeheuere Metapher" (*Kronfeld*) sei. Die Seele könne nicht erkranken, sondern nur ihr körperliches Organ, das Gehirn (*K. Schneider*), Psychiatrie sei keine ausschließlich ärztliche Wissenschaft und gehöre mindestens ebenso zu den Geisteswissenschaften. „Reine Psychiatrie" sei die Wissenschaft von denjenigen seelischen Regelwidrigkeiten — nicht Krankheiten! —, bei denen keine krankhaften Gehirnvorgänge zugrunde liegen. Ihr Gegenstück sei „symptomatische Psychiatrie", welche eben die mit krankhaften Gehirnstörungen einhergehenden seelischen Anomalien umschließe. Diese Lehre wird verteidigt, obwohl ihr Vertreter (*K. Schneider*) selbst damit rechnet, daß bei fortschreitender Erkenntnis die Zahl der geistigen Anomalien ohne nachgewiesene krankhafte Gehirnveränderungen immer mehr zusammenschrumpfen wird. Betrüblich ist an der philosophischen Strömung, daß sie dahin geht, die Psychiatrie wieder den Philosophen und Theologen auszuliefern, denen sie vor ungefähr 100 Jahren mit vieler Mühe entrissen wurde. Auch die Meinung des alten *Kant*, der die Begutachtung Geisteskranker den Philosophen übertragen wollte, kommt wieder zu Ehren, wenn *Hildebrand* die Befähigung zur Gutachtertätigkeit weniger aus dem Fachwissen als aus der philosophischen Urteilskraft des Gutachters ableitet.

Die dogmatische Überzeugung von der nur intuitiv erschaubaren, eigentlichen Seele läßt selbstverständlich die Frage nach den Beziehungen von Gehirn und Seele grundsätzlich unlösbar erscheinen, und wirkt der unbefangenen Klärung der materiellen Grundlagen der seelischen Erscheinungen entgegen. Man behauptet — *Jaspers*, *K. Schneider*, auch *Bumke* —, daß alle Fortschritte der Herdpathologie des Gehirns uns der Seele nicht näher brächten, sondern uns immer im Vorhof derselben beließen. Tatsächlich wird dieser Vorhof hirnphysiologisch verstandener seelischer Erscheinungen jährlich größer, und es ist anzunehmen, daß von einem unerkennbaren Allerheiligsten der Seele schließlich nichts mehr übrig bleiben wird (vgl. neurologische Störung!). Man bemängelt die Roheit unserer Vorstellungen von den den seelischen Leistungen zugrunde liegenden allgemeinen nervösen Vorgängen und glaubt vor unüberwindlichen Schranken unserer Erkenntnis zu stehen (*Bumke*), während man die großen Fortschritte übersieht, die *Sheringtons* Integration der nervösen Erregungen, sein Gesetz der letzten gemeinsamen Strecke, *Pawlows* bedingte Reflexe, *Kappers* Neurobiotaxis und die von *Köhler* aufgezeigten Übereinstimmungen zwischen psychischem und physischem Gestalten gebracht haben.

2. Die psychologische Strömung hat die neuen Errungenschaften der Psychologie in die Psychiatrie hineingetragen (Denkpsychologie, Gestaltspsychologie, Phänomenologie). Die stärksten Anstöße sind hier von *Jaspers* und seinen Nachfolgern ausgegangen. *Jaspers* führte den Grundsatz der in der Denkpsychologie üblichen systematischen Selbstbeobachtung in die Psychiatrie ein, gab dem subjektiven Erleben des Kranken einen breiteren Raum und ging besonders den psychodynamischen, verständlichen Zusammenhängen im krankhaften seelischen Geschehen nach. Die Fehlerquellen dieser Methode sind wohl nicht immer genügend bewertet worden, besonders aber wird oft übersehen, daß das subjektive Erleben des Kranken immer für den Einzel-

fall gilt und dass nachfühlendes Verstehen eines krankhaften Vorganges uns keinen Aufschluß gibt über dessen allgemeine Gesetzmäßigkeit.

Nennenswerte klinische Fortschritte hat die psychologische Strömung nicht gebracht, und die Verkündung einer „autologischen" Psychiatrie durch *Kronfeld*, in der die exakte psychologische Symptomenanalyse allein, unter Ausschaltung aller heterologischen Hilfsmittel, wie Anatomie, Serologie, Neurologie u. dgl. zu den richtigen Krankheitstypen hinführen werde, ist durch nichts begründet.

3. Die neurologische Strömung leitet sich aus den Gedanken *Wernickes* und seiner Schüler her und wurde durch die hirnpathologischen Kriegserfahrungen, die Beobachtungen der Enzephalitisepidemien und durch die reifende Einsicht in die Funktionen der Stammganglien und des vegetativen Nervensystems emporgehoben. Im Lichte neurologisch-anatomischer Betrachtung gliedern sich die psycho-pathologischen Erscheinungen in Hirnmantel- und in Hirnstammsymptome.

Hirnmantelsymptome sind die Sinnestäuschungen, über die die Kriegsverletzungen der Sehsphäre und der hinteren Zentralwindungen neue Aufschlüsse gegeben haben. Die sprachlichen Störungen bei Schizophrenen und Paranoiden konnten zu einem großen Teil auf aphasische Elementarerscheinungen zurückgeführt werden (*Kleist*), besonders nachdem die grammatischen Störungen (Agrammatismus und Paragrammatismus) genauer beschrieben waren (*Pick*, *Kleist*, *Bonhoeffer*). Auf optischem Gebiete sind die *Pick*sche Komprehensionsstörung, die Zählstörung und die an Kriegsverletzten genauer studierten mannigfaltigen Orientierungsstörungen Erscheinungen, die ebenso auch bei Geisteskranken vorkommen. Die verschiedenen Arten der Demenz sind heute schon beinahe restlos hirnpathologisch begreiflich. Auch für die Paralogien Schizophrener und die Erscheinungen des Begriffszerfalls und der verworrenen Wahnbildung konnte ein hirnpathologisches Verständnis angebahnt werden (*Kleist*).

Zur Hirnstammpathologie gehören nach unseren Erfahrungen die psychomotorischen Erscheinungen (*Kleist*), denen auch die Zwangserscheinungen und gewisse Denkstörungen verwandt sind. Besonders wichtig war der Nachweis von Charakterveränderungen bei Enzephalitis und Stammhirnerkrankungen (*Reichardt*, *Bonhoeffer*). Die Störungen des Bewußtseins und des Schlafes sind nach den neueren, im wesentlichen der Enzephalitis zu verdankenden Erfahrungen ebenfalls Hirnstammerscheinungen.

Auch die Auffassung der gesetzmäßigen Symptomenkomplexe ist durch die neurologische Betrachtung wesentlich vertieft worden. Wie an den Einzelsymptomen lassen sich auch hier Hirnmantelkomplexe und Stammhirnkomplexe unterscheiden. Zu den ersteren gehören die Demenzen, der amnestische Symptomenkomplex, die Zustandsbilder der Verrücktheit (verworrene Wahnbildung, Begriffszerfall, Sprachzerfall), die Halluzinose und der phantastische Symptomenkomplex. Gesetzmäßige Zustandsbilder des Hirnstammes sind dagegen die Bewußtseinsstörungen (Dämmerzustand, Delir, Schlafzustand), die Symptomenbilder des Ichbewußtseins (triebhafte Verstimmungen, hypochondrischer, expansiver, paranoischer Zustand, Depersonalisation, die affektiven Syn-

drome der Manie, der Melancholie und der ängstlichen Erregung; endlich die Syndrome der Psychomotilität (hyperkinetischer und akinetischer Zustand).

Die Gesetzmäßigkeit der Hirnstammkomplexe beschränkt sich aber nicht auf ihre stets gleichartig wiederkehrenden Symptomenverbindungen, sondern umfaßt auch eine von den jeweiligen Ursachen unabhängige Gesetzmäßigkeit im Verlauf, in der Dauer, der Rückbildungsfähigkeit und zuweilen in der Aufeinanderfolge zweier — dann stets gegensätzlicher — Zustände. Man denke an den episodischen Ablauf der Dämmerzustände und der meisten Delirien, die phasische Verlaufsform manischer und melancholischer Verstimmungen, die typische Aufeinanderfolge von Manie und Melancholie, Hyperkinese und Akinese, von Schlafsucht und Erregungszuständen. Diese „Syndrome" sind demnach mehr als einfache Zustandsbilder, sie sind schon fast eine Art von Krankheiten, die unabhängig von der jeweiligen Ätiologie (wie Alkohol, Lues, Arteriosklerose) ihre durch bestimmte Gehirneigenschaften bedingten Eigengesetzlichkeiten besitzen.

4. Die konstitutionelle Strömung. Auf dem Gebiete der konstitutionellen Erkrankungen (manisch-depressives Irresein, Paranoia, Dementia praecox) war die klinische Forschung ins Stocken geraten und hatte daher zu besonders eingehender Beschäftigung mit Konstitutions- und Erbfragen geführt, die auch in der gesamten übrigen Pathologie im letzten Jahrzehnt zur Herrschaft gelangt waren. Die klinische Konstitutionsforschung — *Hoche*, *Bumke*, *Kleist*, *Schröder* — hat zunächst auf dem Gebiet der Epilepsie den gröberen großen und verwaschenen Krankheitsbegriff durch eine Reihe kleinerer und schärfer umgrenzter Formen ersetzt. Daher spricht man heute besser von einem epileptischen Formenkreise, der außer der Epilepsie eine Reihe epileptoider Erkrankungen (Pyknolepsie, Narkolepsie, Migräne, episodische Verstimmungen und Dämmerzustände u. a.), sowie die epileptoiden Psychopathen umfaßt. Nach diesem Vorbilde muß nach meiner Ansicht auch *Kraepelins* manisch-depressives Irresein ersetzt werden durch eine viel enger gefaßte Kerngruppe manisch-depressiver Erkrankungen, um die sich die selteneren autochthonen — oder wenn man so will — zykloiden Degenerationspsychosen anordnen, samt den diesem Kreise eigentümlichen zykloiden Psychopathen. Schließlich wird diesen Weg der Auflösung auch die Schizophrenie gehen müssen, indem sich an den Kern der symptomenreichen *Bleuler*schen Schizophrenie mehrere symptomärmere Defektpsychosen herumlegen: die Katatonie und Hebephrenie (im engeren Sinne), die schizophasische Verblödung, die verschiedenen wahnbildenden Verblödungen. Sie bilden miteinander eine Gruppe teils isoliert, teils in mannigfachen Verbindungen vorkommender psychischer Heredodegenerationen. Daß es auch diesem Kreise eigentümliche Psychopathen (schizoide Typen) gibt, hat *Kretschmer* genauer erwiesen.

Der größte Teil der Psychopathen ist jedoch weder epileptoid noch zykloid, sondern stellt die Gruppe der hysterischen und hysteroiden Veranlagungen (Emotive, Phantastische, Haltlose) dar, denen die Zwangskonstitutionen und die paranoisch Veranlagten wohl als eine weitere Gruppe gegenüberstehen.

Durch konstitutionspathologisch orientierte Umgestaltung der großen Krankheitseinheiten, die in Wirklichkeit längst keine mehr waren werden — wie ich glaube — die Grenzen der Krankheiten sicherer gezogen und kommen die zahlreichen unklaren, bald hier, bald dort unbefriedigend und willkürlich untergebrachten Fälle eher zu ihrem Recht. Mit den erbbiologischen Tatsachen lassen sich diese klinischen Ergebnisse wohl in Einklang bringen (vgl. ausführliche Veröffentlichung in d. allg. Z. f. Psy. 82. Bd.).

Diskussion:. *Gaupp*-Tübingen erklärt es für unmöglich, im Zeitraum von höchstens 5 Minuten zu den inhaltsreichen Referaten, die zu vielen Erörterungen Anlaß geben, wirklich Stellung zu nehmen. *Gaupp* selbst möchte z. B. zu *Kleists* Ausführungen mindestens ½ Stunde sprechen. Im Interesse der Gesamtwirkung der Referate hält G. es nicht für geboten, an Einzelheiten des Gesagten einzuhaken. Er empfiehlt deshalb den Verzicht auf eine Diskussion und ist jedenfalls nicht in der Lage, in der gestatteten kurzen Zeit zu diskutieren.

Die Mehrheit der Versammlung wünscht eine Diskussion.

Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Ich erblicke in den Ausführungen des ersten der beiden Herren Ref. eine Inkonsequenz, insofern er dem Eindringen der spekulativen Psychologie in die psychiatrische Forschung das Wort redet, ohne jedoch die Ergebnisse der Hirnforschung ganz verschmähen zu wollen. Er gefällt sich zwar in dem von dem Heidelberger Histologen *Franz Nißl* geprägten und heute zur Mode gewordenen Spottwort „Hirnmythologie", in welchem Terminus ja nur das Unvermögen seines Schöpfers, mit den hirnanatomischen Tatsachen etwas in der Psychiatrie anzufangen, eingestanden wird, erkühnt sich aber, die greifbaren Erscheinungen der zusammenwirkenden Gehirnmechanik aus der Annahme einer märchenhaften „Zwischenseele" zu erklären. Wer von der Überzeugung erfüllt ist, daß es nie gelingen kann, für einen psychischen Vorgang ein physiologisches Äquivalent zu entdecken, wird notgedrungen auf jede Hirnforschung verzichten müssen, auch wenn er nach außen hin Psychiatrie treiben will. Er darf sich aber dann nicht Psychiater nennen, denn die Krankheit einer körperlosen Seele, welche keine Beziehung zu einem erkrankten Organ besitzt, wäre eine offensichtliche Absurdität. Psychopathologische Probleme mit Hilfe spekulativ-philosophischer Dialektik lösen zu wollen, ist kein neuer Gedanke. Die Geschichte der Psychiatrie erzählt von Philosophen, welche Geisteskranke zu beurteilen hatten. Die spekulativ-philosophische Richtung in der Psychiatrie ist demnach als ein Rückschritt zu betrachten. — Herrn *Kleist* möchte ich entgegnen, daß mir der Krankheitsherd in der Vierhügelgegend mit Bewußtlosigkeit in dem Falle *Rosenbergs* kein ausreichender Beweis dafür erscheint, daß das Bewußtsein dahin zu lokalisieren sei.

Schilder-Wien betont den Widerspruch in den Ausführungen *Bumkes*. Man kann nicht die Ganzheit der Persönlichkeit vertreten und gleichzeitig dieses Verständnis auf den Normalen und auf die Neurosen beschränken. Ja greift denn in das psychische Leben des Einzelnen nicht fortwährend das Physische ein? Wir kennen die physischen Schlafapparate, aber wir wissen auch vom Schlafwunsch. Das gesamte vegetative Nervensystem spielt in unsere seelischen Abläufe fortwährend

hinein. Aber wir machen entweder halt vor dem Verständnis des Psychischen oder wir machen Ernst mit der Annahme der Gesamtpersönlichkeit oder sprechen nur von Hirnmechanismus. Aber dürfen wir vergessen, daß wir mit unserem ärztlichen Handeln ständig Organisches beeinflussen? Wir können ja Enzephalitische psychisch beeinflussen! Auch bei dem Rededrang der sensorisch-Aphasischen spielt das persönliche Material eine Rolle. Ich glaube, daß die Betrachtung der Hirnschädigungen und der Hirnmechanismen mit der Würdigung der Gesamtpersönlichkeit Hand in Hand gehen kann und muß. Der ehrenvolle Nachruf, den *Bumke* der Psychoanalyse gehalten hat, ist verfrüht. An das, was die Psychiatrie von der Psychoanalyse bereits übernommen hat, ist zu erinnern. Sie muß sich aber eingehender mit der Psychoanalyse beschäftigen, als sie dies getan hat.

Hoche-Freiburg: Es wäre unnatürlich, wenn ich nach diesen Referaten nicht ein Wort sagen würde; es ist ein betrübliches Zeichen vorgeschrittener Semester, wenn man noch zu eigenen Lebzeiten historisch wird; aber es wäre Heuchelei, wenn ich verschweigen wollte, daß ich heute eine besondere Genugtuung empfinde über das Durchdringen meiner vor 18 Jahren aufgestellten Meinungen, die damals so tempelschänderisch waren, daß Freunde an mir irre wurden. Der Gang der Dinge ist auch hierbei der, wie es scheint, gesetzmäßige gewesen: erst eine geschlossene Ablehnung, dann die Zone des Schweigens und endlich die Phase, in der alle „es schon immer gesagt haben"; ich trug selber etwas Schuld daran, denn ich habe jenes Kind meiner Respektlosigkeit vor hergebrachten Dogmen zu sehr fremden Händen überlassen; ich danke den Referenten, bei denen es gut aufgehoben war.

Weygandt-Hamburg: Die Psychiatrie war stets Stiefkind der Medizin, schon wegen der Kompliziertheit ihres Objektes, aber auch weil ihre Kranken bis vor kurzem, und in Anstalten heute noch, nur eine sozial graduelle Auslese darstellen. Zudem hat sie didaktisch große Schwierigkeiten zu überwinden, da der Kliniker bei seinen Schülern keine psychologischen Vorkenntnisse voraussetzen darf.

Die *Kraepelin*schen Krankheitsprozeßeinheiten bedeuteten einen ungeheuren Fortschritt, verglichen mit der damaligen Zerrissenheit und Unklarheit, wo man beispielsweise akute Paranoia als durch Alkohol, Kokain, Wohnungswechsel, Erregung u. a. verursacht ansah. *Nißls* Formulierung, daß die Psychosen einer Gruppe in Ursache, Verlauf, Ausgang und Befund übereinstimmen müssen, war zu schroff. Tatsächlich wurde stets bei Epilepsie zum großen Teil, bei Dementia praecox zu einem kleinen Teil ein günstiger Ausgang, bei einzelnen Manischen ein Chronischwerden zugegeben. Das Anschwellen der Gruppen führte doch zu einer Sonderung von Unterabteilungen mannigfacher Art. Die Epilepsie wurde stets differenziert in genuine, enzephalitische, toxogene, traumatische und andere Formen; in einem systematischen Lehrbuch wird man aber auch heute noch die verschiedenartigen epileptischen Fälle in einem Kapitel über epileptoide Störungen zusammenfassen.

Eine Gefahr brachte aber die Aufstellung etwas strenger geschlossener Gruppen: daß mancher Arzt sich mit der auf Grund einzelner auffälliger Symptome gestellten Diagnose begnügte und auf eine tiefer-

dringende Einzeluntersuchung des Falles verzichtete. Demgegenüber waren es erfreuliche Fortschritte, wenn auch nach Typenformulierung geforscht wurde, wenn Tiefenpsychologie angestrebt wurde, selbst mit Hilfe der berechtigten Gesichtspunkte der Psychoanalyse, wenn der Versuch der Einfühlung nahegerückt wurde.

Was das Einfühlen anbetrifft, so möchte ich, wenn man dies überhaupt betrachtet, mag es auch nur Annäherungswerte ergeben, doch nicht nur, wie *Bumke* wünscht, die funktionellen Störungen heranziehen, sondern alle Störungen. Wir können Selbstbeobachtung verwerten aus dem Traume, aus der Narkose, der Alkohol- und sonstigen Vergiftung, aus Unfalls- und Erschöpfungssituationen. Große Dichter haben ja auch Einfühlung in die weibliche Psyche gezeigt.

Die experimentelle Psychologie wurde heute bedenklich verkannt. Sie soll nicht das Fach zu einer Kurvenpsychologie umwandeln, aber bei richtiger Fragestellung und Durchführung bietet sie ausgezeichnete Hilfsmittel, die vielfach zahlenmäßige, vergleichbare Werte ergeben, hinsichtlich der Assoziationen, der Willensreaktionen, des Intelligenzstatus usw. Selbstverständlich darf die Fragestellung nicht steril sein, und es bedarf manchmal recht mühevoller Vor- und Vergleichsuntersuchungen am Normalen.

Beobachtungspsychologie mit Einfühlung und Experimentalpsychologie müssen sich ergänzen und stützen bei der Analyse des Einzelfalles. Zu vermeiden ist aber, daß der Untersucher aus der Rolle des objektiven Forschers herausfällt und seine eigene Erschütterung, Ehrfurcht u. dgl. mitdarstellt, wie es *Jaspers* nicht immer vermied und *Schilder* geradezu verlangt.

Abortivformen von Psychosen sind jeweils anerkannt worden bei Lues cerebri, bei Alkoholismus, bei Hirnarteriosklerose, bei Schizophrenie, bei Kretinismus usw. Tatsächlich gibt es vielfach Übergänge in die charakterologische Breite des Normalen, was unbedenklich ist, wenn man nicht mit Bezeichnungen wie schizoider, manischer u. dgl. Charakter oder Temperament ein absprechendes Werturteil verbindet. Bei einer so komplexen Wissenschaft wie die Psychopathologie wird es immer verschiedene Richtungen geben, manchmal durch äußere Umstände bedingt. Aber man braucht nicht allgemeine Unterwerfung unter eine herrschende Richtung zu verlangen. Zweckmäßiger als Befolgung einer der von *Kleist* geschilderten Richtungen ist eklektisches Vorgehen, das Richtung 1 nur als prinzipielle Grundlage berücksichtigt, aber Richtung 2, 3 und auch 4 zu vereinen sucht; allerdings waren manche Einzelheiten bei Richtung 4 heute recht spekulativ hypothetisch. Wesentlich ist, dass eine Verständigung der verschiedenen Richtungsvertreter möglich ist, und ferner daß auch der Unterricht entsprechend eingerichtet wird, ohne eine Verwirrung der Anfänger zu bringen. Meinungswiderstreit belebt und vertieft die Forschung und hält frei von unwissenschaftlichem Autoritätenglauben und Stagnation: „Das ist Leben, wenns von allen Zweigen schallt".

*Neiße*r-Bunzlau: Die Einfühlung hat ihre Grenzen durch die Natur der psychologischen Gesetze. Man kann nicht pathologische Zustände lediglich als Steigerungen der normalen verstehen wollen. Verstärkte

Quantität der Reize schafft nicht nur quantitative, sondern qualitative Änderungen und unberechenbare Weiterwirkungen im Vorstellungsleben und im Gesichtsbereich. Wenn die Hand in heißes Wasser getaucht wird, entsteht Wärmegefühl, bei Steigerung aber Schmerz, der mit jenem Gefühl inkommensurabel ist und einen ganz andersartigen psychologischen Tatbestand darstellt. Bei allen psychotischen Zuständen und insbesondere bei Wahnbildungen muß man sich aber vor allem bemüht halten, daß stets eine innige Durchflechtung patho-physiologischer und psychologischer Vorgänge statt hat. Dies ist bei den theoretischen Betrachtungen und bei den klinischen Analysen vielfach unbeachtet geblieben, wie überhaupt die mangelhafte Entwicklung der allgemeinen Psychopathologie bei der Gestaltung der psychiatrischen Strömungen ihre bedenkliche Rolle spielt und gespielt hat.

Weber-Chemnitz: Die neuen Gesichtspunkte, welche durch die Referate aufgezeigt wurden, geben dem in der Anstalts- oder freien Praxis tätigen Irrenarzte Wege für die Psychotherapie.

Für unsere praktische Tätigkeit ist eine andere wichtige Aufgabe, geradezu die Hälfte der Therapie: die Prognosenstellung gegenüber den Angehörigen unserer Kranken. Die Anhaltspunkte, welche die ältere Systematik in dieser Richtung gab, waren vielfach falsch oder unzureichend. Heute wissen wir, daß durch den katatonen Symptomenkomplex die Prognose nicht eindeutig im ungünstigen Sinne bestimmt wird. Aber es darf auf diesem Gebiete doch nicht bei einer Lücke oder Insuffizienzerklärung der wissenschaftlichen Psychiatrie bleiben. Gerade die Feststellung der genotypischen und phänotypischen Individualpersönlichkeit, die richtige Einschätzung der auf sie einwirkenden körperlichen und psychischen Momente ist unentbehrlich. — Die Irrtümer der Prognosenstellung bei der früheren Betrachtungsweise entsprangen wohl zum Teil dem Umstand, daß man die Bedeutung der erblichen Belastung (die nicht immer eine ungünstige zu sein braucht), die Widerstands- und Regenerationsfähigkeit der Persönlichkeit zu wenig in Rechnung stellte.

Die exogenen Momente, namentlich auch die Milieueinflüsse werden aber für die Beurteilung der Prognose um so mehr bedeuten, als für die Praxis mehr eine soziale Heilung oder Besserung in Frage kommt als das völlige Verschwinden der letzten klinischen Symptome.

R. A. Pfeifer-Leipzig: Die Psychologie ist letzten Endes eine Biologie des Gehirns. Zu dieser Auffassung tendieren auch moderne Fachpsychologen, denen bei der Persönlichkeitsforschung bewußt wurde, wieweit körperliche Grundlagen des Seelenlebens in die Gesamtpersönlichkeit eingehen. Die Psychiatrie hat das größte Interesse, das Studium des Gehirns zu fördern. In der modernen Literatur finden sich Bemerkungen von Psychiatern in einflußreicher Stellung, die gar nicht anders als eine gegen die Gehirnforschung gerichtete Sabotage gewürdigt werden können. Was die von *Bumke* inaugurierte Parallele zwischen funktionellen und organischen Geisteskrankheiten einerseits und der Einfühlbarkeit in die Psyche des Kranken im Sinne der verstehenden Psychologie andererseits betrifft, so halte ich sie für nicht erwiesen. Zu der Ab-

lehnung führen mich Untersuchungen an geisteskranken Künstlern und Studien über die frühesten Kindheitserinnerungen.

E. Strauß-Berlin-Charlottenburg: Die von *Schilder* vorgetragene Meinung, daß die Einheit der Persönlichkeit und damit die Möglichkeit des Verstehens im Empirischen keine Grenzen finden soll, ist mit einer Zerstörung des Begriffs des Krankhaften und einer Verneinung der Möglichkeit einer medizinischen Wissenschaft überhaupt verbunden. Es ist ja gerade der Gegenstand der Medizin in allen ihren Sonderfächern, die Begrenzung des ganzheitlichen Geschehens im empirischen einzelnen Fall zu betreiben und in ihren Zusammenhängen zu untersuchen. Einer sicheren Anwendung des Ganzheitsbegriffs muß eine hinreichende theoretische Klärung vorangehen, die nur von der Philosophie geleistet werden kann. Es werden auch in diesem Punkte die Beziehungen zwischen Philosophie und Psychiatrie aktuell, die hier keine anderen sind wie zwischen der Philosophie und irgendeiner anderen empirischen Wissenschaft. Ob solche Aufgaben von einem zünftigen Philosophen oder einem Psychiater in Angriff genommen werden sollen, ist eine Personen-, aber keine Sachfrage.

Bumke: Schlußwort: Ich begnüge mich, da auch mir eine Erörterung des gesamten Themas und insbesondere eine Besprechung der zwischen Herrn Kollegen *Kleist* und mir bestehenden Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Diskussion unmöglich zu sein scheint, mit kurzen Erwiderungen auf die von den einzelnen Herren Diskussionsrednern gemachten Bemerkungen.

Herr *Nießl v. Mayendorf* wird aus dem gedruckten Referat ersehen, daß mir nichts ferner liegt, als die Einstellung auf das Gehirn aufzugeben.

Herrn *Schilder* möchte ich erwidern, daß ich der Psychoanalyse noch keinen Nachruf gehalten habe. So weit ist es noch nicht, aber ich hoffe, daß die Mehrzahl der Teilnehmer dieser Versammlung den Augenblick, in dem dieser Nachruf fällig wird, doch noch erlebt, und daß insbesondere mein verehrter Lehrer *Hoche*, der sich selbst heute schon als Gegenstand einer historischen Betrachtung hinzustellen versucht hat, diesen Nachruf nicht nur erlebt, sondern selber verfaßt. — Im übrigen hat Herr *Schilder* genau den entgegengesetzten Vorwurf erhoben, wie Herr *Nießl v. Mayendorf*. Diesem geht meine psychologische Betrachtungsweise zu weit, Herrn *Schilder* geht sie noch lange nicht weit genug. Ich selbst glaube nicht, daß es eine Betrachtungsweise geben kann, die allen Kritikern und allen Aufgaben gerecht zu werden vermag. Ich glaube aber auch, daß Herr *Schilder* mich in manchen Punkten mißverstanden hat, und möchte ich deshalb auch ihn auf das gedruckte Referat verweisen.

Aus den Ausführungen des Herrn Kollegen *Weygandt* hat mich besonders interessiert, daß das gute alte Perimeter in Hamburg zu einem psychologischen Apparat befördert worden ist. In der Tat verdanken wir diesem Instrument den Nachweis, daß zum mindesten alle die Menschen eine Gesichtsfeldeinschränkung bekommen können, die aus irgendeinem Grunde daran interessiert sind, für krank gehalten zu werden, oder die eine solche Erkrankung befürchten. Ich selbst habe daraus, dem Rate *Heilbronners* folgend, die Konsequenz gezogen, Gesichtsfeld-

aufnahmen bei allen funktionellen Erkrankungen grundsätzlich zu verbieten.

Der Wunsch des Herrn Kollegen *Weber*, daß wir möglichst bald wieder zu besseren Prognosen gelangen möchten, ist ganz gewiß berechtigt. Leider sehe ich nur noch keine rechte Möglichkeit, diesen Wunsch schnell zu erfüllen. Daß wir vor 20 Jahren schneller und mit größerer subjektiver Sicherheit Prognosen gestellt haben als heute, wird niemand bestreiten können; nur waren diese Prognosen leider zum guten Teile falsch.

Vorträge:

3. *A. Jakob*-Hamburg: über einen seltenen Fall von multiplem Hämangiom des Zentralnervensystems mit bemerkenswerten psycho-neurologischen Symptomen.

Vortr. referiert kurz folgenden bemerkenswerten Fall, der von Dr. *Malamud*-Boston eingehender beschrieben wird. Es handelt sich um eine Frau, die 34 Jahre alt 1904 apoplektiform erkrankte an Aufregungszuständen, Tobsuchtsanfällen und linksseitiger Abduzensparese. Danach völlige Remission. 1905 klagt sie über Kopfschmerzen, abermals Schlaganfall mit Augenmuskellähmungen und Lähmungsschwäche der linken Seite. Sie ist erregt, befehlshaberisch. Von da ab Charakterveränderung, mißtrauisch, ab und zu gereizt. Nachher gute Remission, wie gesund. Ende 1909 wieder schwer erregt, Geruchs- und Gehörshalluzinationen, Sensationen (ins Herz gestochen, fühle die Nässe des Blutes). Anfang 1910 aufgenommen. Pupillendifferenz, beiderseits Abduzenslähmung, Nystagmus, Ataxie namentlich der linken Extremitäten. Stereognostische Störungen, namentlich links. Zwangslachen und Zwangsweinen. Areflexie der Cornea beiderseits, Bauchdeckenreflexe fehlen. In der linken oberen Extremität zeitweise sehr starke Intentionsataxie mit athetoiden Bewegungen, der Gang ist breit, stampfend, ataktisch, zeitweise sehr unbeholfen. Die Kranke hat die Neigung, nach der rechten Seite zusammenzustürzen, besonders bei Augenschluß. Der Augenhintergrund ist stets o. B. Die Sprache anfangs leicht skandierend, besonders bei Erregungen ziemlich rasch mit Verschlucken der Endsilben und häufig auslaufend in ein unverständliches Gemurmel. Der körperliche Status blieb im wesentlichen unverändert, bei zeitweise auffallenden Besserungen, vornehmlich der ataktischen Störungen. Ungefähr ein Jahr vor dem Tode — ungefähr 20 Jahre nach Krankheitbeginn — Verschlimmerung des ganzen körperlichen Symptomenbildes: Grobschlägiger Intentionstremor, Ataxie namentlich der linken Hand, die athetoiden Fingerbewegungen links sind sehr stark, die Sprache wird immer unverständlicher, Einnässen, Ataxie des linken Beines, keine wesentlichen Reflexanomalien, kein Nystagmus.

Psychisch: Zu Beginn der Krankheit plötzliche Aufregungs- und Tobsuchtsanfälle, Wesensveränderung, mißtrauisch, impulsive Handlungen (Symptome damals für hysterisch gehalten). Bei der ersten Anstaltsaufnahme häufige Stimmungsschwankungen, orientiert, indifferent gegen die Umgebung, Zwangslachen, Zwangsweinen. Klagt, daß sie durch unanständig sexuelle Worte oder Gedanken, die ihr durch den Kopf schießen, innerlich sehr gequält werde, impulsives Fortdrängen,

eigenartige infantile Ideen, will ein Gotteskind werden, ins Wunderland kommen. Gesichtshalluzinationen, sieht eigenartige Bilder vor den Augen, die sie genau beschreiben kann. Sensationen wie Sausen im Kopfe, die sie wahnhaft mißdeutet. Unabhängig von der Außentemperatur auffälliges Heißwerden oder Frieren und entsprechendes Bekleiden ihres Körpers. Die Sensationen allmählich verstärkt und mißdeutet, fühlt Zentnergewicht auf den Füßen, der Rücken wird ihr zerbrochen, fühlt sich sexuell angefaßt, riecht Schmutz, Leichen, Stuhl im Essen, fühlt ein Vogelnest im Kopfe. Dann allmähliche Entwicklung von ausgesprochenen Wahnideen, bezeichnet den Anstaltsdirektor als ihren Mann, Goethe ist ihr Vater, Schiller ihre Mutter, ihr Vater lebe als König von Preußen, Goethe, Schiller, Napoleon sitzen in ihrem Kopfe. Dichtete und zeichnete viel in infantiler zerfahrener Weise. In günstigen Tagen auffallend komponiert, verständig, gab 1920 noch einen völlig geordneten Lebenslauf wieder, rechnete ziemlich schwere Aufgaben gut und auch sonst bei Intelligenzprüfungen auffallend gute Resultate. In den letzten Jahren etwas Fettansatz. Der Blut- und Liquorbefund war bei wiederholten Untersuchungen stets negativ. Nach 20jähriger Krankheitsdauer apoplektiformer Insult, streckte sich aus, völlige Benommenheit und starb ganz plötzlich am nächsten Tag (1923). Klinische Diagnose: organische Hirnerkrankung, wahrscheinlich multiple Sklerose.

Anatomisch: multiple Hämangiomata und zwar ein kirschgroßes im linken Infundibulum und ein noch etwas größeres die ganze dorsale Hälfte des Pons einnehmend, beginnend in den Schnittebenen hinter dem hintersten Vierhügel und bis in die vordersten Ebenen der Medulla oblongata, in ihren Ausläufern namentlich links sich erstreckend. Links von der Raphe liegen auf dem Boden des vierten Ventrikels ausgedehnte Varicenbildungen, die linke Kleinhirnhemisphäre ist in allen ihren Durchmessern verkleinert gegenüber rechts. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose der Hämangiombildung an diesen Stellen, weist ferner eine Hämangiombildung in der ganzen linken Olive und eine partielle Zerstörung der rechten Olive nach; außerdem lassen sich mikroskopisch noch zahlreiche kleine Hämangiombildungen im Großhirnmarklager und in der Großhirnrinde an den verschiedensten Stellen nachweisen, namentlich im Frontal-, Temporal- und Okzipitalhirn und hier besonders in Lamina III mit sekundären Veränderungen in der Nachbarschaft. In der linken Kleinhirnhemisphäre ausgesprochener Schwund der Purkinjezellen.

Der Sitz der größeren Herde erklärt gut die neurologischen Symptome. Die psychischen Erscheinungen, insbesondere die wahnhafte Umbildung körperlicher Sensationen, Geruchs-, Geschmacks- und Gesichtshalluzinationen werden zurückgeführt auf die durch die größeren Herde bedingten Reizerscheinungen und auf die durch die multiplen kleinen Rindenhämangiome verursachte kortikale Schädigung. Das infantile, paranoide Wesen ist gleichfalls bedingt durch die kortikale Schädigung, namentlich von Lamina III. Die *Kleist*sche Anschauung von dem Hirnstamm als dem Sitz des Bewußtseins wird abgelehnt.

4. Dr. *Julius Schuster*-Budapest: Zur Pathoarchitektonik der Psychosen.

Gliaarchitektonische Untersuchungen liegen noch in sehr geringer Zahl vor, eben darum sollen hier einige auffallend architektonisch sich zeigende Veränderungen der protoplasmatischen Glia erwähnt werden.

Es wurden sofort nach dem Tode die Gehirne, Fälle von Dementia senilis, *Alzheimer*scher präseniler Demenz, arteriosklerotischer Verblödung, Dementia praecox mit Bromformalin injiziert und dann Stücke von verschiedenen Bezirken mit der *Ramon J. Cajal*schen Goldsublimatmethode an Gefrierschnitten untersucht.

Bei der *Alzheimer*schen Presbyophrenie fanden wir

I. Schicht keine protoplasmatische Gliazellenvermehrung.

II. Schicht keine protoplasmatische Gliazellenhypertrophie, an der Stelle der Drüsen große, hypertrophische protoplasmatische Gliazellen (Quadrigae *Cajal*).

III. Schicht
IV. „
V. „
} leichte Gliahypertrophie, fast überall in Klasmatodendrose übergehend.

VI. „
VII. „
} exzessive Gliazellenhypertrophie mit überaus großen Zellen, dicken Dendriten, aber nicht so breitmaschig wie bei der Paralyse.

Fast gegensätzliche Verhältnisse finden wir bei der Arteriosklerose cerebri, indem wir in der I. Schicht finden eine exzessive protoplasmatische Gliazellenhypertrophie, in der II. u. III. Schicht auch in der IV., V., VI. Schicht Gliazellennekrobiose, die Klasmatodendrose, VII. a + b-Schicht Hypertrophie der protoplasmatischen Gliazellen.

Ganz geringfügige Vergrößerung der protoplasmatischen Gliaelemente fanden wir in der I. und II. Schicht, sowie in der VII. Schicht bei Dementia praecox, aber die Klasmatodendrose der Gliaelemente in Schicht III, IV, V, VI fanden wir in den Fällen von Dementia praecox ebensowohl.

Es scheint, daß das Gliagewebe, protoplasmatische Gliazellen und Dendriten der III. Schicht sowohl wie der IV. und V. Schicht sehr schnell zerfallen können und auch sehr empfindlich für die verschiedensten Noxen sind. Die protoplasmatische Glia der I., VI., VII. Schicht bilden Riesen-Gliazellen und ausgebreitete Dendriten.

Demonstration der Verhältnisse an 20 Diapositiven. Schon aus diesen Gliareaktionen kann die Empfindlichkeit der III., IV. und V. Schicht durch verschiedene mechanische, toxische Schädigungen erklärt werden.

5. *H. Spatz*-München: Zur Pathogenese und Pathophysiologie der Encephalitis epidemica.

Im Vitalfarbstoffexperiment (vgl. Mitteilung des Vortr. auf der vorjährigen Tagung des Vereins in Jena) stehen zwei scharf zu trennende Ausbreitungstypen einander gegenüber, je nachdem der Farbstoff vom Blut aus (falls er die Blut-Gehirnschranke zu passieren vermag) oder vom Liquor aus in das nervöse Gewebe gelangt. Mit der Farbstoffausbreitung im Prinzip zu vergleichende Ausbreitungstypen zeigen die entzündlichen Veränderungen bei infektiösen Erkrankungen des Zentralnerven-

systems. Dies veranlaßt den Vortr., bei den Infektionskrankheiten des Gehirns zwei große pathogenetisch verschiedenartige Gruppen zu unterscheiden: die hämatogenen und die vom Liquor ausgehenden Erkrankungen. In der letztgenannten Gruppe stehen an erster Stelle natürlich die Meningitiden, bei welchen sich die auffälligsten Entzündungserscheinungen an der äußeren Oberfläche im subarachnoidealen Gewebe abspielen. Sehr häufig kommt es hierbei auch zu entzündlichen Veränderungen an der inneren Oberfläche, den Ventrikelräumen (durch Infektion des inneren Liquors), und ferner in jeweils verschiedenem Ausmaß auch in gewissen Zonen des nervösen Gewebes entlang sowohl der äußeren, als der inneren Oberfläche. Es gibt nun aber auch Krankheiten, welche den vom Liquor ausgehenden Ausbreitungstypus der entzündlichen Veränderungen im Gehirn aufweisen, und bei denen an den Meningen nur vorübergehende und meist ziemlich geringgradige Entzündungserscheinungen nachweisbar sind. Zu dieser Untergruppe der vom Liquor ausgehenden Krankheiten gehört nach Ansicht des Vortr. die Bornasche Krankheit der Tiere und die Encephalitis epidemica des Menschen.

Die Frage, ob die Noxe der Encephalitis epidemica vom Blut oder vom Liquor aus ihren Ausgang nimmt, hat ein gewisses praktisches Interesse und ihre Beantwortung könnte wenigstens bezüglich der akuten Fälle auch für unsere therapeutischen Bemühungen nicht ohne Belang sein. Die Versuche aber, die Infektiosität des Liquors durch Überimpfungen auf Kaninchen festzustellen, haben bekanntlich noch keine übereinstimmenden Ergebnisse gebracht, was mit Schwierigkeiten der Methodik zusammenhängt, auf die wir besonders in jüngster Zeit hingewiesen worden sind. Die Untersuchungen des Vortr. beschränken sich auf die Ausbreitungsart der bekannten, wohlcharakterisierten entzündlichen Veränderungen der Encephalitis epidemica acuta (welche in erster Linie in perivaskulären Lymphozyteninfiltraten + herdförmiger Wucherung besonders einer bestimmten Art von Gliazellen [nämlich der vom Hortegaschen Typus] bestehen), in welchen Erscheinungen man wohl eine unmittelbare Reaktion bestimmter Gewebsbestandteile auf die eingedrungene Noxe sehen darf. Die Feststellungen basieren in erster Linie auf der anatomischen Durchuntersuchung von sechs Fällen aus der Epidemie vom März 1920, die klinisch von *Stertz* [1]) untersucht worden sind und die sämtlich innerhalb der ersten 14 Tage nach Beginn der ersten Symptome zur Sektion gekommen waren. An sechs weiteren Fällen, die etwas länger am Leben geblieben waren, konnten die Hauptergebnisse bestätigt werden. Die wichtigsten Tatsachen bezüglich der Prädilektionsstellen der entzündlichen Veränderungen der Encephalitis epidemica sind schon von *Economo* erkannt, im Prinzip von seinen Nachfolgern bestätigt und sehr klar kürzlich von *Achard* hervorgehoben worden. Der Vortr. unterscheidet folgende prädilektive Bezirke, die sämtlich, wie

[1]) Die Fälle sind auch bezüglich der histopathologischen Art der Veränderungen von *Creutzfeldt* bereits untersucht und publiziert worden, der auch auf einige hier betonte Punkte bezüglich der Ausbreitung hingewiesen hat.

er betont, bestimmten Partien der Oberfläche zugehören: entsprechend der äußeren Oberfläche die Umgebung der Cisterna basalis und die Umgebung der Fissura transversa; entsprechend der inneren Oberfläche die Umgebung der basalen Abschnitte des dritten Ventrikels, des Aquäduktus und der Rautengrube. Zur Umgebung der Basalzisterne gehören die Kerne des Tuber cinereum, das Ganglion supraopticum, der Nucleus amygdalae, der Nucleus substantiae innominatae und der Uncus sowie vom Mittelhirn endlich die Nachbarschaft der Fossa interpeduncularis, d. i. insbesondere die Substantia nigra. Im Bindegewebe der Basalzisterne stoßen wir auch relativ am häufigsten auf meist freilich recht geringgradige meningitische Gewebsveränderungen; auch der Nervus okulomotorius und der Hypophysenstiel können erkrankt sein. Dieser große Bezirk um die Basalzisterne berührt sich mit dem um die Basis des dritten Ventrikels; zu diesem letzteren Bezirk gehört das Höhlengrau des dritten Ventrikels mit dem Nucleus paraventricularis und meist auch mit medialen Teilen des Corpus subthalamicum und die medioventralen Anteile des Thalamus. In der Umgebung der Fissura transversa sind entsprechende Teile der Thalamusoberfläche, besonders das Pulvinar, sowie kaudal das Dach und die Seitenteile des Mittelhirns vom Entzündungsprozeß ergriffen. Das Mittelhirn hat also Anteil an zwei Hauptbezirken, drittens fällt der Bezirk um den Aquäduktus in den Bereich dieses Hirnteiles. Sämtliche Fälle zeigten dementsprechend die ausgedehntesten Veränderungen im Mittelhirn. In den Bezirk der Umgebung der Rautengrube fällt oral die Haube der Brücke, kaudal die Haube der Medulla oblongata. Offenbar vom Recessus lateralis aus gehen die Veränderungen, die sich gelegentlich im Nucleus dentatus cerebelli und seiner Umgebung vorfinden. (Das Rückenmark mit seinen kleinen Breite-Dimensionen ist mehr gleichmäßig erkrankt und gestattet nicht die Abgrenzung von prädilektiven Zonen.) Besonders beweisend für die Theorie der vom Liquor ausgehenden Ausbreitung der Noxe der Encephalitis epidemica sind die Verhältnisse im Vorderhirn, wo der Vortr. stets mit Ausnahme eines Falles die entzündlichen Veränderungen im Inneren der Hirnmasse vermißte, so speziell in den von der äußeren und von der inneren Oberfläche entfernt liegenden Linsenkernen. Die einzige Ausnahme bildet ein Fall der 2. Gruppe (Dauer 67 Tage), der auch im übrigen eine ganz atypische Ausbreitung (fast über die ganze Konvexitätsrinde) darbot. Sonst reicht nur der basalste Teil des Pallidum gelegentlich in die Zone der Cisterna basalis, in welche hier und da auch noch die basalsten Teile des Putamen mit hineinragen (die Pseudokalkkonkremente im Pallidum haben mit der Encephalitis epidemica nichts zu tun). Vom Nucleus caudatus fallen nur medioventrale Partien vom Kopf in eine Zone um die Basis des Vorderhorns des Seitenventrikels, welche aber nicht regelmäßig vorhanden ist. Diese Art des Freibleibens tiefliegender Teile von nervöser Substanz ist weder durch Besonderheiten der Gefäßversorgung noch durch die Annahme einer Pathoklise zu erklären, sondern nach Ansicht des Vortr. nur durch die Beziehungen zu den Oberflächen.

Darüber, wie es zur Infektion des äußeren Liquors kommt, läßt sich nach den Untersuchungen des Vortr. nichts Bestimmtes aussagen.

Es ist möglich, daß zuerst die Basalzisterne — vielleicht auf dem Wege von der Nasenschleimhaut aus (Bulbus und Tractus olfactorius waren gewöhnlich nicht verändert) — infiziert wird, von wo aus dann die Noxe leicht in die subarachnoidealen Räume der Fissura transversa (gelegentlich übrigens auch der Fissura Sylvii) vordringen kann. Auf welchem Wege die innere Oberfläche infiziert wird, steht ebenfalls dahin. Neben dem Weg über das Foramen Magendi käme hier auch noch ein Durchwandern durch die dünne Wand des meist stark veränderten Infundibulums von der Basalzisterne aus in Betracht. Es findet dann rasch eine Ausbreitung über Aquäduktus und vierten Ventrikel statt, während die Seitenventrikel nicht regelmäßig infiziert zu werden scheinen. Von der inneren Oberfläche aus findet offenbar ein besonders hemmungsloses Vordringen in die Tiefe zu statt. — Wenn man diese Vorstellungen akzeptiert, so sind damit allerdings noch nicht alle Fragen der Ausbreitung der entzündlichen Veränderungen bei der Encephalitis epidemica gelöst. Innerhalb der gleichen Zone gibt es stärker und viel weniger stark betroffene Gebiete. Wir müssen also annehmen, daß sich die Noxe nicht wie das bei Farbstoffen der Fall ist, gleichmäßig innerhalb gewisser Zonen von den oberflächlichen Depots aus ausbreitet, sondern daß sie innerhalb der Zonen bestimmte Gebiete bevorzugt, andere mehr verschmäht. So wäre es zu erklären, daß die graue Substanz, wie schon v. *Economo* betont hat, stets viel stärker befallen ist als die weiße Substanz, aber auch die Grisea verhalten sich innerhalb eines Bezirkes nicht alle gleich. So glaubt der Vortr. nicht, daß die bei allen Fällen wiedergefundene relative Intaktheit des Nucleus ruber innerhalb des sonst so schwer betroffenen Mittelhirns auf die etwas tiefere Lage dieses Zentrums zurückgeführt werden kann. Auffällig ist ferner auch, daß der äußeren Oberfläche der Brücke und der Medulla oblongata in den basalen Anteilen keine Erkrankungszone entspricht, daß die Ganglien des Brückenfußes und die Olive der Medulla oblongata auch da, wo sie der Peripherie nahekommen, ihre so merkwürdige, auch schon von früheren Autoren beobachtete relative Intaktheit bewahren. Die Lokalisation der entzündlichen Veränderungen in bestimmten Zentren dürfte also mindestens von zwei Faktoren abhängen: einem äußeren, der Lage dieser Zentren zu bestimmten Stellen der äußeren und inneren Oberfläche und einem inneren Faktor, der in der Disposition der bedrohten Hirnteile selber zu suchen ist (Pathoklise von *C.* und *O. Vogt*). Die Frage, ob das Eindringen der Noxe diffus durch die Grenzscheiden der Glia (wie bei diffusiblen Farbstoffen) oder den Gefäßscheiden entlang geschieht, kann jetzt noch nicht beantwortet werden. — Die Tatsache, daß, wie der eine Fall zeigt, die entzündlichen Veränderungen sich noch über weitere Gebiete des Gehirns ausdehnen können, so z. B. über größere Gebiete der Konvexitätsrinde und schließlich auch über die Linsenkerne spricht nicht gegen die hier vertretene Annahme; es handelt sich — das geht auch aus der Literatur hervor — bei solchen Fällen um Ausnahmen. — —

Man neigt vielfach dazu, bei Lokalisationsversuchen extrapyramidalmotorischer Erscheinungen an das Striatum zu denken. Der Vortr. betont demgegenüber, daß gerade das Striatum, Caudatum wie Putamen, zu den Gebieten des Gehirns gehört, welche am seltensten in stärkerem

Maße Sitz der charakteristischen Entzündungserscheinungen der Encephalitis epidemica sind. Ähnlich steht es mit dem Pallidum. Aber auch das Corpus Luysi und der Nucleus dentatus cerebelli sind zu wenig regelmäßig und zu geringgradig verändert, als daß man sie zur Lokalisation konstanter klinischer Erscheinungen in Betracht ziehen könnte. Dagegen ist unter den Zentren, welche wir aus anatomischen Gründen und aus anderen Erfahrungen der menschlichen Pathologie zum extrapyramidalmotorischen System rechnen dürfen, eines vorhanden, das innerhalb der Prädilektivbezirke liegt, und das sich in allen vom Vortr. untersuchten Fällen regelmäßig und meist außerordentlich stark erkrankt erwies; dieses ist die Substantia nigra. Von den anderen in den prädilektiven Bezirken gelegenen Zentren kommt außerdem vielleicht noch der Thalamus in Betracht. Die extrapyramidalmotorischen Symptome der akuten Stadien der Encephalitis epidemica sind wohl als direkte Reiz- und Lähmungserscheinungen aufzufassen. Warum bei dem „lethargischen Syndrom" die Lähmungserscheinungen (Hypotonie), in dem „hyperkinetischen" die Reizerscheinungen vorherrschen, darüber gibt uns das histopathologische Bild keine Aufklärung. — Bei der Erklärung der Erscheinungen des akinetisch-hypertonischen Syndroms (Parkinsonismus), die so häufig in den Spätstadien beobachtet werden, neigt der Kliniker, der den progressiven Verlauf und den Unterschied der Erscheinungen gegenüber den Frühsymptomen vor Augen hat, zu der Annahme, daß hier ein neuer Prozeß von ganz bestimmter Lokalisation dazukommen müsse. Diese Erwartung der Kliniker schien durch die Befunde *A. Jakobs* eine gewisse Stütze erhalten zu haben, der von einer „progressiven Parenchymdegeneration" bei der „Metencephalitis" spricht. Bei achtzehn gemeinsam mit *Lucksch* untersuchten Fallen von Encephalitis-Endstadien konnte der Vortr. jedoch nichts finden, was die Annahme *Jakobs* bestätigt hätte. Die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen von *Lucksch* und dem Vortr. entsprechen viel weniger den Erwartungen der Kliniker und zugegebenermaßen wird durch sie die pathophysiologische Erklärung viel schwieriger. Zunächst fanden sich bei allen Spätfällen die Veränderungen auf viel beschränktere Gebiete ausgebreitet, als man sie durchweg in den Frühstadien fand. Wo sich Veränderungen fanden, da lagen sie aber innerhalb derselben Bezirke, in welchen die Veränderungen der akuten Encephalitis epidemica vorkamen. In der Art der Veränderungen zwingt nichts zur Annahme, daß hier eine besondere progressive Parenchymdegeneration eine Rolle spiele; sie sind vielmehr einfach als Resterscheinungen nach einem abgelaufenen Entzündungsprozeß aufzufassen. Es gibt alle Übergänge von den frischen Entzündungserscheinungen der ganz akuten bis zum Narbenzustand der terminalen Fälle. Die gefundenen Veränderungen sind am regelmäßigsten und weitaus am deutlichsten wieder im Gebiet der Substantia nigra. Mit dem Zurücktreten der entzündlichen Erscheinungen kommt der Ausfall der Nervenzellen immer stärker zum Ausdruck, — aus der Encephalitis ist eine Encephalopathie geworden. In hochgradigen Fällen fand sich die Substantia nigra fast, ihrer sämtlichen Nervenzellen, beraubt, zu einer schmalen gliösen Narbe zusammengeschrumpft, ein Befund, der schon makroskopisch erkennbar ist. Qualitativ dieselben Veränderungen, nur meist viel weniger deutlich,

finden sich an den anderen Prädilektionsstellen der akuten Entzündungserscheinungen, so z. B. im medioventralen Thalamusgebiet, im Höhlengrau des dritten Ventrikels und des Aquädukts, während Striatum und Pallidum ebenso wie Nucleus ruber und meistens auch Corpus Luys und Nucleus dentatus cerebelli auch hier wieder intakt befunden wurden. Es bleibt also nichts über, als auch hier die extrapyramidal-motorischen Symptome so verschieden, ja teilweise so gegensätzlich sie im Vergleich zu denen des hyperkinetischen und des lethargischen Stadiums sind, auf die Läsion der Substantia nigra und vielleicht noch des Thalamus zu beziehen. Es fragt sich nun, ist es möglich, daß von ein und derselben Stelle aus so verschiedene Symptombilder ausgelöst werden können? Wenn man auf dem Standpunkt von *A. Jakob* steht, der glaubt, daß jedem Teil des extrapyramidal-motorischen Systems ein ganz bestimmtes Syndrom entspricht, so wird man freilich dies für unmöglich erklären. Der Vortr. steht nicht auf diesem Standpunkt, er glaubt vielmehr, daß von einem Teil des extrapyramidalmotorischen Systems die verschiedenartigsten Symptome des extrapyramidalmotorischen Symptomkomplexes in verschiedener Kuppelung hervorgerufen werden können, — je nach der Art, der Intensität, dem Tempo des krankmachenden Prozesses, dem Alter, der Gesamtkonstitution des betroffenen Individuums sowie der Konstitution spezieller Apparate und endlich je nach der Zeit, die zwischen dem Beginn der Erkrankung und dem Auftreten eines bestimmten Symptomes verflossen ist. Auch bei Läsion an einer Stelle im Pyramidenbahnsystem, in der vorderen Zentralwindung, können bekanntlich sehr verschiedenartige Erscheinungen aufeinander folgen: klonische Krämpfe, vermutlich als direkte Reiz- und schlaffe Lähmung als direkte Lähmungserscheinung, denen später das Syndrom der spastischen Lähmung als Ausdruck der Enthemmung untergeordneter Zentren folgt. Ebenso können nach der Vorstellung des Vortr. durch Läsion ein und desselben extrapyramidal-motorischen Zentrums sehr verschiedenartige Symptome des extrapyramidal-motorischen Symptomenkomplexes zeitlich nacheinander ausgelöst werden. In weiterer Verfolgung des genannten Vergleichs kommt Vortr. dazu, die Erscheinungen des Parkinsonismus der Encephalitisendstadien analog den spastischen Erscheinungen bei Pyramidenbahnläsion als Ausdruck einer (meist allmählich sich entwickelnden) „Enthemmung" von Zentren sich vorzustellen, die dem extrapyramidal-motorischen System untergeordnet sind. — Der Vortr. glaubt, daß man in dem Bemühen, bestimmte einzelne Symptome in ganz bestimmte Teile des extrapyramidalmotorischen Gesamtsystems zu lokalisieren und nur in diese, vielfach zu weit gegangen ist. Es ist zu befürchten, daß man auf diesem Gebiete, ähnlich wie das bei den Lokalisationsversuchen in der Großhirnrinde vielfach nötig war, gezwungen sein wird, manches wieder abzubauen. Was jetzt schon als gesichert gelten darf, ist die Erkenntnis, daß bei Störungen einer sehr komplexen Gesamtfunktion die Läsion innerhalb eines sehr ausgedehnten Gesamtsystems von Zentren und Bahnen zu suchen ist.

Diskussion. — *Jakob* sah in einigen Fällen fast keinen entzündlichen Reiz mehr und doch eine schwere fortschreitende Parenchym-

degeneration (frische Gliarosettbildung, fortschreitende Prozeßentwicklung), so daß er der Ansicht ist, daß es sich bei der chronischen Encephalitis um eine von dem infiltrativen Vorgange im weitesten Sinne unabhängige Parenchymdegeneration handelt. In einem Falle, wo das Pallidum mitdegenerierte, war im gesamten Pallidum kein einziges Infiltrat zu sehen und doch befand sich die Entartung erst im Flusse. Auch in den akuten und subakuten Stadien geht unabhängig von den infiltrativen Vorgängen der degenerative Parenchymprozeß einher. Nach seinen Erfahrungen ist wohl auch die Substantia nigra prinzipiell der Sitz der Erkrankung, doch ist in manchen Fällen auch das Pallidum schwerer mitergriffen, seltener auch das Striatum, in einem Falle überwog sogar die Pallidumdegeneration jene der Substantia nigra.

Spatz betont nochmals, daß bei seinem Material — zu seiner eigenen Verwunderung — trotz eifrigen Suchens bei den Spätfällen nichts gefunden werden konnte, was die Annahme eines unabhängigen degenerativen Parenchymprozesses wahrscheinlich gemacht hätte. Der charakteristische Befund, welcher hier in der Substantia nigra entgegentritt, wurde von *Goldstein* zutreffend als Atrophie bezeichnet. Schon makroskopisch erkennt man eine Verkleinerung der Substantia nigra. Histologisch findet man da ein zusammengerücktes gliöses Gewebe, in dem die übriggebliebenen Nervenzellen liegen. Nichts von fortschreitendem Zerfall, nichts von akuter Reaktion der Stützgewebszellen. Diese Bilder sind nun durch alle Übergänge mit den Bildern verbunden, die am anderen Ende der Reihe stehen und die für die Frühstadien charakteristisch sind. Hier finden sich Zerfallserscheinungen, frische Gliaproliferation und infiltrative Gefäßreaktion, d. h. die Erscheinungen der Entzündung und der damit verbundenen Gewebsschädigung. Aus diesen Ergebnissen muß man vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus den Schluß ziehen, daß die genannten Spätstadien die Folge des Entzündungsprozesses der früheren Stadien darstellen. Die Annahme eines unabhängigen degenerativen Parenchymprozesses ist dabei, wenn man ein größeres Material überblickt, überflüssig. (Die Gliaproliferation kann wohl einmal in Form einiger Gliarosetten noch vorhanden sein, wenn die Erscheinungen der Gefäßreaktion schon mehr oder weniger abgeklungen sind; das ist noch kein Beweis für das regelmäßige Vorkommen eines unabhängigen degenerativen Parenchymprozesses.) Der Vortr. glaubt also, daß das anatomische Substrat der Spätfälle einen Endzustand darstellt, der aus einer lokalen Encephalitis hervorgegangen ist, so wie ein Herzfehler der Effekt einer abgelaufenen Endokarditis ist.

6. *Bostroem*-München: Über Sinnestäuschungen bei Hirnherden.

Bei den Trugwahrnehmungen nach Verletzung des Hinterhauptes kann man einfache optische Reizerscheinungen und komplexere Halluzinationen unterscheiden. Die letzteren lassen sich trotz der hemianopischen Anordnung durch eine rein lokale Schädigung in der Okzipitalrinde nicht in völlig befriedigender Weise erklären, sondern man muß noch einen anderen Faktor mit für ihr Zustandekommen verantwortlich machen. Bei einer besonderen Gruppe von Fällen spricht das gleichzeitige Auf-

treten von traumatisch-epileptischen Anfällen dafür, daß eine epileptische Komponente beim Zustandekommen der Halluzinationen beteiligt ist. Bei einem sehr bemerkenswerten Fall zeigten sich die Sinnestäuschungen trotz der seit längerem bestehenden Hinterhauptverletzungen und Hemianopsie erst in dem Augenblick, in dem auch der traumatisch-epileptiforme Zustand mit Krämpfen in Erscheinung trat. Die bei solchen Kranken vorhandene Tendenz zu Bewußtseinstrübungen und Visionen macht die lokalisatorisch gegebene Neigung zu Sinnestäuschungen erst flott. Diese selbst fügen sich aber in den Rahmen der durch die Lokalisation gegebenen Möglichkeiten ein. Andererseits kommt offenbar auch die Hirnverletzung in ihrer besonderen Lokalisation dem epileptischen Krankheitsprozeß entgegen, sie wirkt z. T. symptomprovozierend, sicher aber symptomgestaltend, und nur dank der Schädigung in der Okzipitalregion treten Sinnestäuschungen schon bei einer ganz geringfügigen Bewußtseinstrübung auf, die zur Produktion von Trugwahrnehmungen bei unkomplizierter Epilepsie ausreichen würde.

Diskussion. — *Max Löwy*-Marienbad: Anknüpfend an die Beobachtung des Pat., wenn er während der hemianopischen Halluzinationen weiterspräche, würde es Quatsch werden, läßt sich daran denken: eine Bewußtseinstrübung muß das noch nicht bedeuten, sondern daß die Halluzination auf dem Wege vom Situationserleben und der Zuwendung nicht zur Wahrnehmung oder gar aus einem Plus des Wahrnehmens erwächst, sondern auf einer Etappenstation des Weges von der motorischen Zuwendung (welche durch die Sinnessphäre gerichtet und bestimmt ist, Sehraum, Hörraum, Tastraum) zur bewußten Vorstellung, eben aus dem unfertigen Denken, aus den unbemerkten Vorstufen des Denkens, wie *Max Löwy* 1908 am Mangel der Aktionsgefühle des Denkens erschloß.

Hierfür noch das Beispiel der unverstandenen Halluzinationen des Gehörs („Parschrepsen als verstümmelte Reproduktion von paar Scheppen"), des halluzinierten Namensanrufs (*Max Löwy* 1911) und der polyglotten Halluzinationen (*J. Reenhold* 1920).

7. *Niessl von Mayendorf*-Leipzig: Über den Hirnmechanismus der halluzinatorischen Wahnbildung.

Trugwahrnehmung und Wahnidee, die beiden Grundphänomene jeder Geistesstörung, verdanken ihre Entstehung ein und demselben Mechanismus. *Meinert* hat mit divinatorischem Scharfblick in seiner Theorie der reizbaren Schwäche Reiz- und Ausfallerscheinungen auf ein pathologisches Gegenspiel zwischen krankhafter Hyperämie des Hirnstammes und Arterienkrampf der Hirnrinde bezogen. Wir können nicht mehr mit *Meynert* in die subkortikalen Hirnteile, diese jeder assoziativen Markverknüpfung baren Ganglienhaufen, den Vorgang der Sinneswahrnehmung verlegen. Die Hirnrinde selbst produziert dort, wo die Sinnesbahnen einstrahlen, das Wahrnehmungsbild, während die kortikalen Flächen der übrigen stummen Hirnrinde und deren innige und allseitige Verknüpfung — schon dem unbewaffneten Auge erkennbar — den Sinnesbildern nur das Bewußtwerden gewisser allgemeiner kortikaler Ernährungszustände mitzuteilen vermögen, welche ihnen den entsprechenden Gefühlston verleihen. Das von dem Sinnenbild einmal erweckte Gefühl

weckt bei seinem Erscheinen, auch wenn es somatisch-pathologische, nicht psychische Ursachen hat, wieder dasselbe Sinnenbild in der Erscheinungsform der Erinnerungsbilder; so werden die herrschenden Gefühle bestimmend für den Inhalt der in das Bewußtsein eintretenden Gedanken.

Wir erheben uns weit über ein hypothetisches Niveau, wenn wir in den anatomisch, entwicklungsgeschichtlich und auch klinisch-pathologisch so differenten Hemisphärengebieten zwei Systeme erblicken, deren Reaktionsart auf Schädlichkeiten notwendig eine verschiedene sein wird. Das Vorkommen widerstandskräftiger und schwächerer Fasersysteme im Zentralnervensystem ist bekannt. Die Zellen der Sinnessphären sind größer, die Markfasern kräftiger, die Blutgefäße weiter als in der Rinde des übrigen Großhirns. Eine Unterernährung der letzteren durch verringerte Blutspeisung wird im antagonistischen Sinne eine Überschwemmung mit Sauerstoff in den Sinnessphären zur Folge haben, indem die drei Großhirnarterien außer einer Sinnesrinde auch die umliegende benachbarte stumme Rindengegend mit arteriellem Blut versorgen. Die Arteria Fossae Sylvii speist die Rinde beider Zentralwindungen, die Empfindungssphäre des Körpers gleichzeitig mit dem kinästhetischen Zentralorgan, von welchem die motorischen Impulse ausgehen, sowie die Hörsphäre in den beiden temporalen Querwindungen, und zwar sind es die stärksten Zweige, welche von dem Stamm der genannten Arterie zu den beiden angeführten Sinnessphären abgehen. Andere Zweige derselben Arterie führen den Sauerstoff fast zu dem ganzen konvexen Stirnhirn einerseits und der parietookzipitalen Konvexität andererseits. Tritt durch irgendeine Noxe, etwa durch ein in der arteriellen Blutbahn kreisendes Gift oder durch eine angeborene Disposition zu arteriellen Krampfzuständen ein Spasmus in den feineren und feinsten Ramifikationen dieser Schlagader auf, dann wird eine ungleiche Blutverteilung in dem Sinne erfolgen, daß die Empfindungssphäre der Körpersensibilität und die Hörsphäre jene Blutmenge aufnehmen, welche sich sonst über ausgedehntere Rindenbezirke verbreitet.

Während nun auf der einen Seite der abnorme arterielle Afflux in den Sinnessphären eine übergroße Funktionsbereitschaft, eine Hyperexzitabilität, psychisch gesprochen eine pathologisch gesteigerte Anspannung der Aufmerksamkeit auf Sinnesbilder setzt, machen sich andererseits die sauerstoffarmen, kohlensäureüberladenen Rindenfelder im Bewußtsein durch einen gebundenen Affekt bemerkbar, welcher nur jene Vorstellungsgruppen aus dem Latenzstadium hervorruft, die früher mit der Angst affektassoziiert waren. Die Unbestimmtheit der Gefühle wird erst durch die sie stets begleitenden körperlichen Empfindungen, deren Zentralstellen lokalisierbar und in den Zentralwindungen vornehmlich wohl in der hinteren, zu suchen sind, dem Bewußtsein in sinnlich schärfere Greifbarkeit verwandelt. Der durch einen pathologischen Hirnvorgang bedingte Zwang und nicht von einem normalen Erlebnis logisch hergeleitete Anlaß zur Hingabe an Angstvorstellungen würde die persekutorische, die häufigste Form der Wahnbildung hirnmechanisch begründen.

Es würde nun aber die Frage zu beantworten sein, wie die pathologisch hyperämische Sinnessphäre die schlummernden Vorstellungen

bis zu grellster Sinnfälligkeit, ausgestattet mit dem Objektivitäts- und Realitätscharakter, zu erheben vermag. Wir müssen von einem pathologischen Rindenvorgang postulieren, daß er mit demjenigen der normalen Sinneswahrnehmung identisch oder täuschend ähnlich ist. Unbestreitbar ist die Forderung, daß 1. die Fasern der zentralen Sinnesbahn gereizt sein müssen und 2. dass sich eine funktionelle Hyperämie in der Hirnrinde an diesen durch die Projektionsfasern eingeleiteten Erregungsvorgang in derselben notwendig anschließen wird. Es ist jedoch, wie Herderkrankungen der Sehstrahlung mit der Leitungsunterbrechung lehren, nicht unerläßlich, daß der die Halluzination bewirkende Reiz von der Sinnenperipherie kommt, es genügt, wenn der Reiz in einer Station seines Verlaufsstückes einwirkt und von hier zentripetal geleitet wird. So kann ein Krankheitsherd die Sinnesreize von der Peripherie hemmen und selbst zum Ausgangspunkt von solchen werden (Halluzinationen in den hemianopischen Gesichtsfeldhälften).

Auf Grund des hier dargelegten Hirnmechanismus läßt sich nun tatsächlich eine Erregung der Sinnesbahnen vor dem Eintritt in die Hirnrinde nachweisen. Wir wissen seit den berühmten Injektionen der Rindenarterien durch *Duret*, daß kräftige Arterienstämmchen die ganze Rinde, von der pialen Fläche bis in den Markkegel hinein durchziehen, um sich in demselben in immer feinerer Verzweigung aufzuteilen. Die pathologische Hyperämie muß daher außer der Rinde auch den Markkegel, und zwar alle in demselben liegenden Systeme reizen, während das Erwachen einer Vorstellung von einer elektiven Erregung der Assoziationsbündel hervorgerufen wird. Der funktionelle Reiz liegt eben in einer abnorm intensiven Sauerstoffwirkung auf den letzten Abschnitt der Sinnesbahn vor ihrem Eintritt in die Hirnrinde. Ein hervorragender Psychologe glaubt in der Intensitätsstufe den Unterschied zwischen Vorstellung und Empfindung gefunden zu haben. Die zur Sinnfälligkeit notwendige Intensität wird durch die pathologische Hyperämie, der der Wahrnehmung eigentümliche Permanenzcharakter im Gegensatz zur Flüchtigkeit der Erinnerungsbilder, das Bewußtsein der Objektivität und Realität wird durch die Erregung der zentripetalleitenden Projektionsfasern vorgetäuscht.

Es ist eine allgemeine psychiatrische Erfahrung, daß Halluzinationen des Gehörs und der allgemeinen Körpersensibilität daher häufig in Gemeinschaft den Verfolgungswahn begleiten. So sehen wir, daß die Eigenart der Verzweigungen der Sylvischen Arterie ein Verständnis für diese pathologische Regelmäßigkeit erschließt.

Vielleicht erweist sich die psychopathische Anlage zum Halluzinieren als eine hypoplastische Gefäßenge der Arterienzweige für die kortikalen Intermediärgebiete oder als eine abnorm leichte und starke Kontraktilität, wie ja Bildungsanomalien dieser Windungskomplexe allerdings anderer Art *Schaffer* in seinem Referat bildlich vorgeführt hat.

Diskussion. — *Simon* berichtet über eine Gehörstäuschung, die er selbst vor einiger Zeit hatte: Im fast wachen, aber noch etwas unklaren Zustand (vor dem Aufstehen) hörte er zweimal laut und deutlich seinen Namen rufen: volle Deutlichkeit jedes einzelnen Buchstabens. Das Rufen war ganz anders, als wenn es durch das Ohr vernommen wäre, etwa

so, als wenn's „aus dem Kopfe" käme. S. schließt daraus, daß diese Sinnestäuschung nicht in der Sinnenbahn entstand.

8. *B. Ostertag*-Berlin: Zur Pathologie der akuten Pellagrapsychosen (mit Demonstrationen).

Die Nachkriegsjahre seit 1920 brachten in der Berliner Psychiatrischen Klinik eine Erkrankung zur Beobachtung, die bis dahin eigentlich unter der Großstadtbevölkerung unbekannt war, und über die *Bonhoeffer* in seiner Arbeit über Unterernährungspsychosen vom Pellagratypus im Anfang des Jahres 1923 (D. M. W.) berichtet hat. Diesem Berichte folgte die Publikation des Falles von *Grunenberg*, von *Buschke* und *Langer*, *Fischer*. Die Erkrankung betraf mit Ausnahme von 3 Männern Frauen des mittleren Lebensalters, die unter schlechten sozialen Verhältnissen gelebt hatten (die eine Gruppe unserer Kranken), während eine andere Gruppe sich aus Patienten zusammensetzte, die sich während der Psychose (Schizophrenie, Depression) ungenügend ernährten. Zur pathologisch-anatomischen Untersuchung wurden zunächst nur die Fälle der ersten Gruppe herangezogen, während die an Pellagra erkrankten Psychosen nur zur Unterstützung der Befunde benutzt wurden. Der klinische Verlauf war kurz skizziert folgender: Im Frühjahr oder im Herbst erkrankten die Patienten teils nach teils ohne nachweisbare Insolation, nach einem Prodromalstadium mit starkem Mattigkeits- und Insuffizienzgefühl traten die Kranken mit Erscheinungen vonseiten des Rückenmarks, meist Pyramidensymptomen und Zunahme der allgemeinen Erscheinungen in ärztliche Behandlung. Mitunter wurde zuerst der Dermatologe wegen des Erythems aufgesucht. Die Diagnose der pellagrösen Erkrankung wurde auf Grund der Hauterscheinungen gestellt, denen dann schnell die Erkrankung des Intestinaltraktus und die schwereren Symptome von seiten des Nervensystems folgten. Nach einzelnen Remissionen verschlechterte sich der Zustand, unstillbare Durchfälle führten zu schnellem Marasmus und zum Tode. Die Hauterscheinungen waren charakteristisch lokalisiert: im Gesicht, vor allem an den Mundwinkeln, Innenseite des Handgelenkes, Streckseite des Ellenbogens, mitunter am After und an den Füßen.

Auf der Höhe der Erkrankung traten die psychotischen Störungen auf. „Sie zeigen (nach *Bonhoeffer*) das Bild eines ausgesprochenen exogenen Reaktionstypus und weisen symptomatologisch kaum etwas spezifisch Charakterisierendes auf. Mitunter kommen die psychischen Erscheinungen erst spät, mitunter in langsam zunehmender, ängstlich depressiver Verstimmung, die allmählich in das delirante Bild übergeht."

Der Sektionsbefund (auch der mikroskopische) der Körperorgane bot nichts von dem Abweichendes, was auch sonst bei hochgradigem Marasmus gefunden wird. Erscheinungen des Eiweißzerfalls, braune Atrophie der inneren Organe, häufig Hämosiderose der Leber. Allen Fällen war jedoch der Befund einer Colitis cystica gemeinsam, die mitunter makroskopisch durch eine hämorrhagische oder ulzerierende Entzündung überlagert war.

Im Zentralnervensystem fanden sich nun im Gegensatz zu den klassischen Untersuchungen von *Tuczeck*, *Lombroso* u. a., die eine mehr oder weniger systematische Strangerkrankung des Rückenmarks beschrie-

ben hatten, keinerlei Ausfälle am Markfasersystem des Gehirns und Rückenmarks, ebenso wie die peripheren Nerven intakt waren. Ebenso fehlte eine nachweisbare Veränderung der Fibrillen, abgesehen von den intrazellulären der erkrankten Ganglienzellen.

Das histologische Bild war bei unsern akut verlaufenden Fällen ein typisches. In erster Linie sind die Riesenpyramidenzellen der motorischen Region, ferner die kleineren Pyramidenzellen derselben Gegend, weniger das Frontalhirn, weiter die großen vegetativen Elemente, immer die Zellen des Nucleus dentatus und in geringerem Maße die motorischen Elemente des Rückenmarkes schwer erkrankt. Wenn auch natürlich eine allgemeine Zellerkrankung durch die unmittelbare Todesursache vorliegt, so ist es außerordentlich auffällig, daß die großen Pyramidenzellen der motorischen Region so schwer erkrankt sind, während morphologisch sehr ähnliche Zellen der benachbarten sensiblen Rinde und der Area striata verschont bleiben. In diesen besonders erkrankten Gebieten ist der Beginn eine enorme Blähung des Zelleibes mit Homogenisierung des Plasmas und der Nisslschollen mit einem an den Randdrängen des Kerns, wie es durch *Nissls* Beschreibung der retrograden Zellveränderung (primären Reizung) wohl charakterisiert ist. Dem entspricht das Fibrillenbild und das Auftreten der zahlreichen fuchsinophilen Granula. Während ein Teil der Zellen deutlich Übergänge zur Reversion zeigt (Kern tritt in die Mitte zurück, die Nisslschollen liegen konzentrisch um den Kern, dabei Rand der noch geblähten Zelle frei von Nisslsubstanz), geht ein anderer Teil der Zellen unter einer tropfigen Entmischung des Protoplasmas zugrunde, es entstehen Bilder, die der glasigen Zelldegeneration gleichen. Es entspricht dem schubweisen Verlauf der Erkrankung mit Remissionen, daß neben untergegangenen Zellen sich solche mit deutlicher Reparationstendenz zeigen. Im übrigen kommt es bei allen Fällen zu einer allgemeinen Pigmentatrophie und mehr oder minder zu einer Verfettung der Ganglienzellen. Ältere Autoren, die mit ihren Methoden die Zellerkrankung nicht analysieren konnten, wohl aber die Verfettung sahen, sprachen von einem „durch die Pellagra bedingten frühzeitigen Senium". Das Verhalten der Glia bietet nichts Besonderes. Eine Faser-Wucherung findet nicht statt, auffallend ist nur, daß die den frisch erkrankten Ganglienzellen angelagerten proliferierten Gliazellen bereits Fett enthalten, während die Ganglienzelle selbst in dem homogenisierten Plasma keinerlei Fett enthält. Das auffällige Befallensein gewisser Kerne (vegetativer Oblongatakern, Nucleus parahypophyseus und periventricularis), in die von einigen Autoren (*Lheri*, *F. H. Levy*) bestimmte vegetative Funktionen verlegt werden, haben den Anlaß zu Stoffwechseluntersuchungen an den letzten drei Fällen gemeinsam mit Herrn Dr. *Wollheim* (siehe Ausführungen der Diskussion) gegeben.

Die neurologisch-klinischen Symptome: Ataxie und Pyramidensymptome sind bei den akuten pellagrösen Erkrankungen nicht mit einem Ausfall bestimmter Bahnen zu erklären, sondern mit vielleicht schwerer Erkrankung der entsprechenden Zellgruppen bezw. Hirnterritorien, wenn man nicht annehmen will, daß es zu einer anatomisch nicht nachweisbaren „funktionellen" Schädigung der Bahnen kommt.

Die Beobachtungen erhärten bezüglich der Ätiologie die Annahme der Autoren, die den Grund für die pellagröse Erkrankung an einem Mangel in der Ernährung an biologisch vollwertigem Eiweiß, insbesondere animalischem Eiweiß sehen. Fleisch, Eier und Milch waren bei den Kranken der ersten Gruppe (bei den Psychotischen liegen besondere Verhältnisse vor) die Nahrungsmittel, die in der fraglichen Zeit schwer zu beschaffen waren. Bei den geheilten Fällen spielten sie therapeutisch eine große Rolle.

Diskussion. — *Wollheim*-Berlin: Die Untersuchung der vegetativen Funktionen der von *Ostertag* anatomisch untersuchten Pellagrafälle zeigte regelmäßig eine Störung der Zuckerregulation, viele Patienten wiesen eine Polyurie auf, beim Wasser- und Konzentrationsversuch fand sich ein „Überschießen", wie es sonst beim Diabetes insipidus gefunden wird. Der Gesamt-N-Gehalt des Serums war z. T. erhöht, z. T. normal, ebenso verhielt sich der Brechungsindex des Serums, also die Eiweißkonzentration. Der Rest-N-Gehalt war stets mehr oder weniger erhöht, worauf auch *Buschke* in einem Fall hingewiesen hat. Da ein anatomischer Befund an den Nieren nie erhoben werden konnte, muß diese starke Rest-N-Erhöhung als Hinweis auf eine Störung im Eiweißstoffwechsel aufgefaßt werden. — Der K-Gehalt des Serums war stets normal, der Ca-Gehalt (wie auch bei *Buschke*) meist erhöht. Dem entsprach auch die Adrenalinreaktion im Sinne eines erhöhten Vagotonus. Der Kausalzusammenhang zwischen diesen Störungen und dem anatomischen Befund darf nur mit einer gewissen Reserve angenommen werden.

9. *E. Leyser*-Gießen: Hirnpathologie und Charakterologie. Der Zusammenhang zwischen pathologischen Vorgängen im Gehirn und der charakterologischen Struktur der Persönlichkeit ist heute noch schwer zu erfassen, während die Bedeutung seelischer Erlebnisse für die Charakterbildung schon längst sichergestellt ist. Als unterstützendes Moment spielt bei letzterem Vorgang die Verständlichkeit des Zusammenhangs eine wichtige Rolle. Bei den somatischen Vorgängen pathologischer Hirnprozesse ist von vornherein zu erwarten, daß der Zusammenhang ein kausaler im Sinne von Jaspers ist. Die Wirkungsweise dieser Vorgänge ist aber insofern nicht einheitlich, als die Selbstwahrnehmung des gesetzten Defektes durch ihren Erlebniswert ihrerseits zum charakterbildenden Faktor im psychologischen Sinne wird.

Für die Richtigkeit dieser Sätze sprechen die Untersuchungen, die über den Einfluß der Encephalitis epidemica auf die Charakterbildung bei Kindern gepflogen worden sind. An anderer Stelle habe ich eine ausführliche Analyse dieser Vorgänge vorgenommen, und ich bitte, Ihnen hier nur die Ergebnisse vortragen zu dürfen. In den Folgezuständen der Encephalitis kann es zu einem komplexen Bewegungsdrang kommen, der weit koordinierter als die Chorea, die Athetose und die Tics ist und der als psychomotorisch imponiert. Hierbei kann es bleiben. Bei Kindern ist als ein wesentlicher Hemmungsfaktor des Bewegungsluxus das emotionale Korrelat der Scheu zu betrachten. Auf dieser im kindlichen Alter besonders engen Verknüpftheit mag es beruhen, daß zuweilen durch eine allgemeine Hyperkinese eine Ausschaltung in der affektiven Sphäre be-

züglich der Scheu eintritt. Es entsteht so das Bild des kindlichen Spätencephalitikers mit Bewegungsunruhe und allgemeiner Dreistigkeit. Dieser, oft als zwangsweise empfundene Zustand führt nun zumeist dazu, daß die Betroffenen von ihrer Umgebung als unangenehm und lästig empfunden werden und eine dementsprechende Behandlung erfahren. Nunmehr setzt die psychologische Verarbeitung der hiermit verbundenen Erlebnisse ein; es kommt zu einem Streben nach Selbstwiederherstellung des Ichs, das sich in Zänkischkeit, Spottsucht, Schabernack, Niedertracht, Heimtücke, Neigung zu Beschädigung, Beschmutzung und Vernichtung der Umwelt entlädt. Es entsteht also eine allgemeine feindselige Einstellung gegen die Umwelt aus Ressentiment.

Es liegt hier nicht nur ein Einzelfall vor, sondern m. E. haben wir hierin den Prototyp der Wirkungsweise hirnpathologischer Prozesse auf charakterologische Zusammenhänge überhaupt zu erblicken. Das pathologische Geschehen im Hirn setzt als erstes bestimmte Defekte in der Verarbeitung der Außenwelt, mögen diese nun im Gebiet der Wahrnehmung, der Bewegungsregulation oder der affektiven Sphäre liegen. Hierdurch wird das Verhalten des Individuums zur Umwelt abgeändert, und diese veränderte Verhaltensweise bedingt mit mehr oder minder großer Regelmäßigkeit bestimmte Reaktionen der Umgebung gegenüber dem Erkrankten. Die Auffassung und Verarbeitung der hierdurch erlangten Erfahrungen greift nun in den verständlichen Zusammenhang der Charakterbildung ein.

Wenn dies richtig ist, so stehen vor uns zwei Probleme von großer Wichtigkeit, die der Bearbeitung harren. Einerseits muß es die Aufgabe der Forschung sein, die Wirkungsweise jedweden pathologischen Hirnprozesses auf charakterologische Bildung zu untersuchen. Hierbei kann man sich gewiß nicht begnügen mit jenen umschriebenen Ausfällen der Hirnfunktion, wie sie die traumatischen und apoplektischen Insulte als lokalisierbare Herde zu erzeugen pflegen. Vielmehr muß das Augenmerk gerade auf die ausgebreiteten und weitere Hirngebiete umfassenden pathologischen Prozesse gerichtet werden. Ich denke dabei an die Folgen der Commotio cerebri, an die involutiven Prozesse des Präseniums und des Seniums, an die destruktiven Prozesse der Arteriosklerose und der Paralyse. Ich muß es mir versagen, auf Einzelheiten einzugehen und möchte nur einige der hierbei auftauchenden Fragestellungen kurz streifen. Die Defekte der affektiven Sphäre beziehen sich nicht nur auf einzelne emotionale Qualitäten, sondern auch auf die Ansprechbarkeit und Nachhaltigkeit der Affekte im ganzen oder im speziellen. Erinnert sei hier an die Explosivität der Epileptiker und an die Affektlabilität bei destruktiven Prozessen im Gehirn wie Paralyse und Arteriosklerose. Hierdurch wird das allgemeine Verhalten des Individuums gegen die Umwelt in recht verschiedener Weise beeinflußt. Demgemäß erfährt auch die Reaktion des Milieus und dessen psychologische Verarbeitung eine verschiedenartige Modifikation. Schwieriger sind die Fragen zu beantworten nach dem Mechanismus des Zustandekommens der Devotion und Höflichkeit der Epileptiker, der hemmungslosen Leidenschaftlichkeit der Paralytiker, der Furchtsamkeit der Arteriosklerotiker. Teilweise projizieren sich allerdings die Verhaltensweisen neurobiologischer Grundvorgänge direkt auf

die psychische Sphäre. So bei den motorischen Äußerungen hyperkinetischer Postencephalitiker als Rücksichtslosigkeit und Hartnäckigkeit, bei der Reaktionsform dementiv verlaufender traumatischer Epilepsie als Langsamkeit und Umständlichkeit, bei schweren Zerstörungsprozessen des Gehirns als Schwächlichkeit und allgemeine Verflachung. Mit diesen kurzen Hinweisen soll die Arbeitsrichtung bezeichnet werden, die verfolgt werden muß, um die Wirkungsweise hirnpathologischer Vorgänge auf charakterologische Faktoren festzulegen.

Das andere Problem, von dem ich vorhin sprach, besteht in der Fragestellung, inwiefern diese Zerfalls- und Ausfallsvorgänge im Gehirn geeignet sind, unsere Kenntnisse von der biologischen Grundlage der Charakterbildung bei intaktem Hirn zu erweitern. Ich kann mich auch hier nur auf Andeutungen beschränken. Hat die Rücklichtslosigkeit und die Hartnäckigkeit gewisser Charaktere etwas zu tun mit einer präformierten Labilität des Antriebsapparates im Hirn? Beruht die Neigung zu Pedanterie und Umständlichkeit auf einer funktionellen Verlangsamung der Assoziationen, wie man bei Epileptikern anzunehmen geneigt ist? Besteht ein Zusammenhang zwischen Süchtigkeit und mangelhafter Ausbildung bestimmter Hemmungsapparate, wie sie bei destruktiven Hirnprozessen sich zu entwickeln scheint?

Kurz und gut, beruhen die sog. konstitutionellen Psychopathien wenigstens teilweise auf einer Anlageschwäche bestimmter Hirnapparate? Vielleicht kann man auf diesem Weg auch zu einem natürlichen, weil genetischen System der bislang nur klinisch gruppierbaren Psychopathentypen kommen.

Die Beziehungen der Hirnpathologie zur Charakterologie sind schließlich geeignet, der Anschauung entgegenzutreten, als ob die Beschäftigung mit dem Gehirn für den Psychiater bedeutungslos sei oder gar ihn von seiner eigentlichen Aufgabe abziehe und in die Irre führe. Die Einsicht in den Aufbau des Charakters ist sicher ein Gegenstand psychologischer und psychiatrischer Forschung, und gerade hier ist auch die Hirnpathologie nachweislich berufen, eine wichtige Rolle bei der Klärung vieler Fragenkomplexe zu spielen.

Diskussion. — *Schilder*-Wien warnt davor, den primären Folgen der Hirnläsion zu wenig Aufmerksamkeit zuzuwenden. So ist etwa die Selbstwahrnehmung des Defekts bei der sensorischen Aphasie durch Mechanismen bedingt, welche durch den Herd selber bedingt sind. Ebenso sind die Erscheinungen bei enzephalitischen Kindern in wesentlichen Punkten, worauf *Kauders* und *Gerstmann* hingewiesen haben, aus den unmittelbaren herdbedingten Hyperkinesen zu verstehen. Man muß also die durch den Herd bedingten primären Haltungen entsprechend berücksichtigen.

10. *von Rohden*-Halle: Über Körperbau und Psychose.

Es wird über Körperbauuntersuchungen an 220 Schizophrenen und 91 Manisch-Depressiven berichtet, die von Referenten und *Gründler* in den 6 Landesheilanstalten der Provinz Sachsen, des Freistaats Anhalt sowie der psychiatrischen Universitätsklinik Halle vorgenommen sind. Die somatoskopischen und somatometrischen Untersuchungen lassen in weit-

gehender Übereinstimmung mit *Kretschmer* und seinen Nachuntersuchungen vier Haupttypen erkennen, die asthenische, athletische, pyknische und und dysplastische Körperbauform. An Lichtbildern werden diese Typen nach ihren optischen und metrischen Körperbaumerkmalen genauer charakterisiert, wobei aus einer vergleichenden Zusammenstellung aller bisherigen Befunde eine auffallende Übereinstimmung in allen Untersuchungsbezirken aufgezeigt wird, die unabhängig ist von der Rassenzusammensetzung der Bevölkerung. Schädelmaße, sowie Augen- und Haarfarbe zeigen, daß von einer Analogisierung von Konstitutions- und Rassetypen nicht die Rede sein kann. Auch der Einwand *Möllenhoffs*, daß der pyknische Habitus nicht eine morphologische Begleiterscheinung des manisch-depressiven Irreseins, sondern lediglich eine Alterserscheinung sei, ist durch Tatsachen zu widerlegen. „Reine" asthenische, athletische und pyknische Typen wurden bei mehr als einem Drittel der Fälle beobachtet, „undeutliche" Typen bei etwas weniger als einem Drittel. Das letzte Drittel verteilt sich auf Mischtypen, Dysplastische und Atypische, Hinsichtlich der Verteilung der Körperbauformen auf den schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreis bestätigen unsere Untersuchungen die *Kretschmer*schen Befunde: Die vorherrschende Körperbauform beim Zirkulären ist die pyknische, beim Schizophrenen die asthenische. Weit seltener findet sich bei letzteren der athletische bzw. dysplastische Typ. Als Ausnahmeform tritt beim Schizophrenen der pyknische, beim Manisch-Depressiven der asthenisch-athletische Habitus auf. Die dysplastische Körperbauform fehlt im manisch-depressiven Irresein. Eine umfassende Statistik über alle nach der *Kretschmer*schen Methode untersuchten rubrizierten 1751 Fälle (davon 444 Zirkuläre und 1307 Schizophrene) ergibt in allen Untersuchungsbezirken (Württemberg, Rheinland, Ostpreußen, Oberbayern, Steiermark, Sachsen-Anhalt, Holland, Schweiz und Mittelitalien) eine deutliche biologische Affinität einerseits zwischen der seelischen Anlage der Schizophrenen und den asthenischen, athletischen und dysplastischen Körperbautypen, und zwar findet sich die affine Körperbauform durchschnittlich bei etwa $^4/_5$ aller Schizophrenen und Manisch-Depressiven.

11. *Weygandt*-Hamburg: Filmvorführung über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der Psycho- und Neuropathologie. (Aufnahmen von den Vera-Filmwerken Hamburg, Meßberg 1, in der Hamburger Staatskrankenanstalt und psychiatrischen Universitätsklinik Friedrichsberg.)

Der Film zeigt die Arbeit in den verschiedenen Laboratorien, experimental-psychologische Prüfungen, Tierversuche, serologische Prozeduren, anatomische, insbesondere mikroskopische Arbeiten, ferner Sammlungen mit klinischen und anatomischen Objekten aus dem Bereich der Nerven- und Irrenheilkunde. Die Schädellehre wird durch Beispiele von Kinder-, Irren-, Idioten-, Naturvölkerschädeln, ebenso von Hirnen auch aus dem Tierreiche demonstriert. Sodann werden klinische Fälle vorgeführt: Wahnkranke, erregte und verblödete Kranke, hysterische Schmerzunempfindlichkeit, Simulation, insbesondere die mit körperlichen Veränderungen verbundenen Idiotieformen wie Mongolismus, Chondro-

dystrophie, ferner schwere Bewegungsstörungen auf Grund erkrankter Hirnstammganglien, so Metencephalitis, Huntingtonsche Chorea, Athetose, Torsionsspasmus, *Little*sche Krankheit, auch ein geistig normales, armlos geborenes Kind, das mit den Füßen ißt, schreibt, handarbeitet. Einige Bilder zeigen die Irrenbehandlung in alter Zeit mit Zwangsjacke, Zwangsstuhl und kerkerartiger Einzelzelle. Die moderne Irrenbehandlung erklären eine Reihe von Bildern, von denen genannt seien: Aufnahme in die Anstalt, Bettbehandlung, Wachsaal, Dauerbad, Freiluftliegekur, Krankenpavillons, Haus für unruhige Frauen, Garteneinfriedigung durch versenkte Mauer, Haus für Jugendliche, Luftbad, Behandlung mit Höhensonne und Vierzellenbad, mediko-mechanische Behandlung, künstliche Ernährung mit der Schlundsonde, Lumbalpunktion, Punktion der Hirnzysterne, Heilung der Schüttelneurosen durch Hypnose, hypnotische Zustände, Krankenbeschäftigung in der Schneiderei, Tischlerei, am Webstuhl, beim Spitzenklöppeln, Mattenflechten, bei der Heuernte, im Gewächshaus. Zum Schluß wird der Küchenbetrieb, das Leben im Anstaltspark und ein Gartenkonzert für die Kranken kinematographisch gezeigt.

12. *Storch*-Tübingen: Die Entwicklungsidee in der Psychopathologie.

Ausgehend von Fällen neurologischer Prägung und übergehend in das psychiatrische Gebiet zeigt Vortragender, wie das Krankheitsgeschehen überall von demselben Prinzip beherrscht wird, indem präformierte und durch die weitere Persönlichkeitsentwicklung bereits überwundene Strukturen in der Gesamtpersönlichkeit oder einzelner ihrer Teilgebilde (Motorik, Sprache) in der Krankheit wieder zum Vorschein kommen: In postenzephalitischen Erkrankungsfällen treten eigenartige komplexe Hyperkinesen auf, die an den oralen Einstellreflex des Säuglings erinnern (*Gamper* und *Untersteiner*). In den postenzephalitischen psychopathieähnlichen Bildern der Jugendlichen wird das schon weitgehend konsolidierte Bewegungsgefüge bis zu einer primitiv triebhaften Stufe abgebaut, infantile Triebe, wie der Zerstörungstrieb kommen wieder zum Durchbruch (*Gerstmann* und *Kauders*) oder es enthüllt sich ein anlagemäßig gegebener psychopathischer Charakter. In vielen psychischen Erkrankungen enthüllen sich ursprüngliche sonst verdeckte Charakterstrukturen (*Mayer-Groß*) oder entfalten sich gewisse charakterologische Grundelemente der Persönlichkeit, sodaß mancher psychotische Symptomenkomplex, wie z. B. in der Paranoia aus der Analyse der charakterologischen Aufbauelemente begriffen werden kann (*Gaupp*, *Kretschmer* u. a.). Mit dieser charakterologischen Entfaltung bestimmter Grundelemente der Persönlichkeit geht in den Prozeßpsychosen ein Abbau der höheren Funktionssysteme einher, der zu schwerer Desorganisation der Gesamtpersönlichkeit oder ihrer Teilgebilde (Motorik, Sprache) führen und onto- oder phylogenetisch präformierte Verhaltungsweisen wieder ans Licht bringen kann (Fälle von *Reinbold*, sowie *Eliasberg* und *Feuchtwanger*). Das bezeichnete Prinzip herrscht im Bereich der Psychosen und auch der Neurosen (*Kretschmer*). Es offenbart sich auch im Gebiet der psychopathischen Eigenheiten und Absonderlichkeiten, die, wie am Beispiel des motorischen Infantilismus (*Homburger* und *Jakob*) und verschiedener psychopathischer Charakter-

anomalien gezeigt wird, als Entwicklungshemmungen bezeichnet werden müssen. Zum Schluß wird das Wiederaufleben von Primitivismen und Archaismen in der Schizophrenie (Psychoanalyse) (*Schilder* und Verf.) und speziell in den katatonischen Zuständen behandelt, in denen seelische und körperliche Vorgänge häufig zusammen in bestimmten Seiten der einen Gesamtpersönlichkeit auf ein primitiveres Niveau verschoben erscheinen.

Diskussion. — *Kleist*: Nach den Ausführungen von Herrn *Storch* scheint es, daß mein gestriges Referat dahin mißverstanden ist, ich hätte jede psychologische Erklärung von psychomotorischen Störungen bestritten. Im Gegenteil habe ich immer angegeben, daß hirnpathologische Mechanismen und seelische Begründungen nebeneinander herlaufen, und daß beide Seiten studiert werden müssen. Die vergleichende Beobachtung mehrerer Kranker zeigt aber, daß dieselbe motorische Erscheinung bald mit dieser, bald mit jener phänomenologischen Erklärung von einem Kranken erlebt wird, während in einem dritten Falle gar keine phänomenologische Erklärung vorgebracht wird. Diese Erklärungen sind daher keine kausalen; das kann nur die hirnpathologische sein.

Storch (Schlußwort): Vortr. erwidert Herrn *Kleist*, daß man nach seiner Ansicht in der Auffassung der katatonen Zustände weiter komme, wenn man die unfruchtbare Streitfrage, ob das Psychische oder das Motorische primär bzw. sekundär sei, angesichts der vielfachen engen Verflechtungen der beiden Erscheinungszeichen ganz zurückstellt und in gleicher Weise von der Psychologie und von der Hirnpathologie aus an die Phänomene herangehe, da Psychisches und Motorisches offenbar nur verschiedene Seiten des einen Gesamtphänomens seien.

13. *W. Mayer-Groß*: Über die sogenannte archaisch-primitive Schicht in der Schizophrenie.

Die Tatsache auffallender und unzweideutiger Ähnlichkeiten des Verhaltens und Denkens der Schizophrenen mit Lebens- und Denkgewohnheiten mancher Völker niederer Kulturstufe kann nicht bestritten werden. *Storch* hat gewisse schizophrene Einzelerscheinungen durch den Vergleich mit Phänomenen bei Primitiven unserem einführenden Verständnis zugänglich gemacht. Was aber leistet der Nachweis dieser Analogien für die Erkenntnis der Schizophrenie im ganzen? Ist die von den Autoren (*Schilder*, *Kronfeld*, *Storch*, *Kretschmer*) auf diesen Analogien aufgerichtete Theorie haltbar, daß eine phylogenetische Frühstufe seelischen Lebens, eine primitive Schicht, an die Oberfläche trete? An den Beispielen des Konkretismus, der Partizipation, der magisch-tabuistischen Einstellungen läßt sich zeigen, daß diese seelischen Verhaltungsweisen keineswegs dem heutigen Menschen verlorengegangen sind, daß sie vielmehr in weiten geistigen Bezirken, in Sprache, Mythos, Sitte, Religion und Kunst auch der höchsten uns bekannten Kulturen bis zur Gegenwart dominieren. Nur unsere wissenschaftlich-theoretische Denkweise und der naive Realismus des Westeuropäers, der auf technische Daseinsbewältigung ausgeht, ist davon relativ frei. Allerdings erst nachdem die „primitiven" Verhaltungsweisen bei den Urvölkern entdeckt worden waren, lernten wir sie wieder in unserem nächsten seelischen

Umkreis sehen. Jeder Schritt von der schmalen Straße unserer dem Aufklärungszeitalter entsprungenen Weltbetrachtung führt notwendig ins Bereich des „Prälogischen", „Archaischen". Die Theorie, daß dieses in einer stammesgeschichtlich überwundenen Schicht enthalten sei, rückt die Tatsachen in falsche Beleuchtung; sie ist nicht fruchtbar, insofern als sie die für die Erkenntnis der Schizophrenie allein wichtige Frage nach der Besonderheit der schizophrenen Weltbilder umgeht. Vor aller Theoriebildung ist die psychologische Erforschung dieser Weltbilder notwendig. Wie sehen sie aus? Welchen Anteil an ihrer Entstehung haben verständliche Zusammenhänge: die Einsamkeit des Schizophrenen, der mangelnde Widerhall, der doch bei der Weltanschauungsformung in der Norm so überaus wichtig ist; endlich die aus der präpsychotischen Zeit herübergenommenen Strebungen und Schicksale. Wie sind sie ferner durch die dem Krankheitsprozeß eigentümlichen kausalen Momente beeinflußt: durch die Störungen des formalen Denkablaufs, die Verarmung an intentionalen Akten, die Beeinträchtigungen des Persönlichkeitskerns, der Willens- und Gefühlsregungen, die ihm entströmen? Zu einer solchen Betrachtungsweise können Parallelen aus der Religions- und Weltanschauungspsychologie nicht entbehrt werden. Es ist aber fraglich, ob gerade die Vergleiche mit den primitivsten Formen menschlicher Weltbetrachtung, die unserem Verständnis am weitesten entrückt sind, sehr aufschlüssisch sein können, wenn es gilt, die abnormen Phänomene als solche zu kennzeichnen. Erst auf Grund dieser phänomenologischen Vorarbeit wird man sich an das Problem wagen können, warum es gerade in der Schizophrenie zu solchen Weltbildern kommt. Der Umstand, daß der autistische, vereinsamte Kranke seelische Bildungen hervorbringt, die sonst nur als kollektivistisch-traditionelle geistige Formen bekannt sind, dürfte auch für die Psychologie der Religionen und Weltanschauungen in mancher Hinsicht aufschlußreich werden können. (Ausführliche Veröffentlichung folgt.)

Diskussion. — *Schilder*-Wien: Wenn man Kinderpsychologie treibt, so findet man dort gleichfalls die primitiven Mechanismen. Auf die Arbeiten von *C. W. Stern* über die Kindersprachen ist zu verweisen. Auch die Untersuchungen von *Jaensch* über die Anschauungsbilder erlauben die Annahme, daß die Halluzinationsfähigkeit als Zeichen primär seelischer Haltung angesehen werden kann. Sowohl ich als auch *Storch* haben betont, daß das Archaische mit fließenden Grenzen ins Normale hineingeht. Ich stimme in diesem Punkt *Mayer-Groß* vollkommen zu. Aber die Tatsache der Gleichheit des Erlebens gewisser Schizophrenen mit dem Erleben Primitiver erscheint, was ich im Gegensatz zu *Jaspers* betonen möchte, eine Tatsache von wesentlichem allgemeinen Interesse. Der Entwicklungsgedanke in der Psychiatrie hat sich als fruchtbar erwiesen, bloßes Nebeneinanderstellen von Tatsachen ist letzten Endes doch steril.

Bumke unterscheidet zwischen erklärender und verstehender Psychologie. Nur die erklärende Psychologie kommt s. E. der Schizophrenie gegenüber in Betracht. Die Analogien zwischen schizophrenem und archaisch-primitivem Denken sind gewiß geistvoll, aber sie enthalten auch eine große Gefahr, die nämlich, daß wir über Dinge reden, von denen

wir herzlich wenig wissen und wissen können, und daß wir so den festen Boden der Tatsachen unter den Füßen verlieren.

Löwy: Hinweis, daß das Hervortreten von Primitiv-Archaischem nicht bedeutet, daß dieses Hervortreten entscheidend für die Dementia praecox-Genese ist, noch weniger daß eine dem Schizophrenen entsprechende primitive Persönlichkeit je existiert haben muß oder so eine Schicht nur bei der Schizophrenie hervortritt. Dieses Hervortreten bedeutet vorerst nur ein „Hapern des Apparats", darunter wohl auch ein Rückgreifen auf längst verschüttete Arbeitsweisen des Denkens (*Nunberg*-Wien), aber vor allem eine Verschiebung der Grenzen des orientierenden Bemerkens Übererregbarkeit und Untererregbarkeit des Bemerkens (1909), Hervortreten sonst unbemerkter Gedankenbruchstücke (1910), Intentionsleere (1910), Überleitung und Elektionsstörungen in den unbemerkten Gedankenatmosphären (1911), Entäußerung ungeistigen Denkens (1918). Die Störungen scheinen alle primär motorisch zu sein (Störungen der Zuwendung zur Außenwelt und der plastischen Verwendung des Unbemerkten für das Denken), was schon in *Kraepelins* alter Lehre von der Denkzerfahrenheit und von Direktionsverlust im Denken enthalten ist. Diese Störungen sind natürlich weit allgemeinerer Art als das Hervortreten vom Primitiv-Archaischen.

Storch konstatiert mit Freude das rege Interesse, das die Frage des Arch.-prim. in der Schizophrenie gefunden habe. Die Differenzen seien nicht so schroff, wie sie zunächst erschienen, sie beträfen überhaupt nicht die Tatsachen, bezüglich deren im wesentlichen Einigkeit herrsche, als die Theorie, die für Ref. nur eine sekundäre Frage gewesen sei. Denn es handle sich zunächst nicht um erklärende, sondern um verstehende Psychologie, da die Tendenz zu archaisch-primitiven Erlebnisweisen in uns allen noch wirksam sei. Die psychologische Entstehungsursache der Archaismen in der Schizophrenie, die der Vortr. angeführt habe (Einsamkeit, mangelnder Widerhall usw.), seien höchstens Teilursachen. Die Erklärung durch eine Verschiebung des Bemerkens, durch eine Regression zu verschütteten Arbeitsweisen kam schon der von *Kronfeld*, *Schilder* und *Storch* vertretenen Theorie sehr nahe. Die Kennzeichnung des Archaisch-primitiven als überwundener Entwicklungsstufe sei sicher nicht als rationalistischer Hochmut zu bewerten.

Joßmann-Berlin wendet sich gegen die unzulässige Übertragung des Begriffs „Funktionsabbau" von neurologischen auf psychologische Probleme.

14. *Meggendorfer*-Hamburg: Über familiengeschichtliche Untersuchungen bei arteriosklerotischer und seniler Demenz.

Diese Untersuchungen stellen in ihrer Methode insofern eine Neuerung dar, als sie von anatomisch sichergestellten klaren und eindeutigen Fällen ausgingen. Eine gemeinsame Voraussetzung zur Erkrankung an Hirnarteriosklerose und seniler Demenz ist die Langlebigkeit, die wahrscheinlich auf einer Erbanlage mit dominantem Erbgang beruht. Daneben bestehen bei beiden Erkrankungen spezifische Erbanlagen, für die ebenfalls ein dominanter Erbgang wahrscheinlich ist, die aber wohl mehrere Faktoren umfassen. Außeneinflüssen scheint für das Zustandekommen

der Erkrankungen keine erhebliche Bedeutung zuzukommen. Die Anlage zum Altersschwachsinn ist an eine Schwäche des Nervensystems, vielleicht sogar des ganzen äußeren Keimblatts geknüpft. Unter den prämorbiden Persönlichkeiten fanden sich bei den Hirnarteriosklerotikern mehr an zyklothyme, bei den Senildementen mehr an schizoide Typen erinnernde Züge.

15. *Lange*-München: Ein schizophrenes Bauerngeschlecht. *Lange* hat eine homogene, etwa 1000 Köpfe umfassende Gruppe von oberbayerischen Bauern erfaßt und den Erbgang einer schizophrenen Störung studiert. Die Zusammenhänge der vorhandenen 30 Schizophrenien sprechen klar für den rezessiven Modus. Nahezu für jeden Psychotiker konnte eine entsprechende psychotische Belastung von beiden Elternseiten her aufgezeigt werden. Es kommen eine Reihe von Verwandtenheiraten vor. Den Ursachen für die wiederholt auffallende Häufung von Psychosen in Einzelfamilien wird ohne abschließendes Ergebnis nachgegangen. Für bei einer Teilgruppe von Schizophrenen auftretende epileptiforme Anfälle ergab sich ein gesonderter Erbgang. — Innerhalb der einzelnen Teilgruppen von Psychosen besteht eine weitgehende Familienähnlichkeit. Die zu fordernden erblichen Zusammenhänge zwischen diesen Teilgruppen stellen sich jedoch zu weitgehenden Aufteilungsbestrebungen zunächst entgegen. Es müssen wohl für alle schizophrenen Störungen gemeinsame pathogenetische, erbkonstitutionelle Faktoren angenommen werden.

Im Material zeigen sich ein paar schizophrene Reaktionstypen. An Psychopathen waren innerhalb der Sippe drei Gruppen herauszusondern: 1. Menschen, die „nicht da sind", immer abwesend erscheinen, sich schwer einstellen, ohne doch verträumt zu sein, dazu mit anderen psychopathischen Zügen, Alkoholintoleranz und starker sexueller Erregbarkeit; 2. Querköpfe mit paranoischem Selbstbewußtsein und meist eristischen Zügen; 3. Schwachsinnszustände verschiedenen Grades, die allenthalben verstreut sind, während die anderen beiden Gruppen verschiedenen Stämmen angehören.

Die gefundenen paranoischen Störungen stehen meist nicht in unmittelbarer Nähe von klaren schizophrenen Psychosen, z. T. haben sie ähnlich reagierende andere Verwandte, z. T. erscheinen sie zugleich zirkulär belastet.

Einige reaktive Depressionen finden sich dort, wo zirkuläre und schizophrene Anlagekeime sich begegnen.

Diskussion. — *Weber*-Chemnitz betont die Bedeutung solcher Stammtafeln für die praktische Frage der Beseitigung solcher Erkrankungen durch die Unfruchtbarmachung der Belasteten.

1. Zunächst zeigt die demonstrierte Stammtafel, daß nicht eine Erkrankung, auch nicht die eines Ehepaares die einzige Quelle der Durchseuchung ganzer Generationen ist. Es sind in der gleichen Generation anscheinend vier in der Abstammung voneinander getrennte Familien, welche vielleicht durch die Eheschließung sie noch steigernd — die Familienerkrankung der folgenden Generationen hervorriefen. Man

muß also schon in einem Zeitabschnitt (in welchem man sanierend eingreifen will) mindestens vier Quellen verstopfen.

2. Trotzdem fordert die sozialhygienische Notwendigkeit den Versuch eines solchen sanierenden Eingreifens. Dieses ist technisch erschwert dadurch, daß die Träger dieser Belastung auch in dieser Stammtafel scheinbar gesunde oder nur latent kranke sind. Sie sind aber schwer oder gar nicht zu fassen für eine Sterilisierung.

3. Auch die nur episodisch kranken aus dieser Familie wird man nur schwer durch sanitätspolizeiliche Maßnahmen ergreifen können, auch wenn eine zwangsmäßige Sterilisierung gesetzlich eingeführt wäre.

4. zeigt auch diese Stammtafel eine spontane Regeneration oder wenigstens ein Seltenerwerden der Erkrankungen in den jüngsten Generationen.

Endlich macht *W.* auf die Notwendigkeit aufmerksam, daß auch die Irrenärzte das Problem der Sterilisierung geistig Minderwertiger im Auge behalten und die Entscheidungen in dieser Frage nicht der Bureaukratie oder bureaukratisch eingestellten Medizinalbehörden überlassen sollen.

16. *Schilder*-Wien: Zur Psychologie der progressiven Paralyse.

Die Aphasielehre hat in ihrer neuen Entwicklung den Standpunkt eingenommen, daß Aphasien und Agnosien nicht rückführbar sind auf den Verlust von Vorstellungen; vielmehr handelt es sich um Störungen in der Erfassung und Bearbeitung des Rohmateriales, Störungen in der Bildung und Zerlegung vom Ganzen. Die Einzelheiten stehen nebeneinander oder werden nur ungenügend entwickelt. Die Untersuchungen von *Pötzl* der optischen Agnosien zeigen das besonders deutlich. Aber die Störung der Ganzheitsfunktion (vgl. hierzu auch *Goldstein*) kann auch andere seelische Schichten als die Wahrnehmungsschichte treffen. Bei der Amentia sind jene Schichten gestört, welche der Verarbeitung der unmittelbaren Wahrnehmung dienen, bei der Paralyse jene Schichten, welche der begrifflichen Verarbeitung dienen. Bei der Schizophrenie finden sich Störungen in den affektiv-persönlichen Schichten. Aber immer handelt es sich um Störungen der Ganzheitsfunktionen. Die Schichte, welche bei der Paralyse betroffen ist, ist ichferne. Die Gestaltungen der Schizophrenie sind ichnahe. Aber es muß auch die Stellungnahme berücksichtigt werden, welche das Individium gegenüber seinem Defekt einnimmt. Die Hirnpathologie lehrt wieder, daß im Herd selbst Momente gelegen sein können, welche die Stellungnahme zum Defekt beeinflussen (*Anton*). Bei der Paralyse nimmt der Kranke seinen Defekt wahr, wenn auch sein Krankheitsbewußtsein sich häufig nur — besonders bei vorgeschrittener Demenz — in symbolischer Form ausdrückt. Der Kranke bringt seine Demenz mit der Lues selbst in Zusammenhang. Es lebt der Kastrationskomplex wieder auf. Die Bedrohung des Geistes wird der Bedrohung des Genitales, in dem sich die Vitalität des Menschen konzentriert und versinnbildlicht, gleichgesetzt. Den sinnfälligsten Ausdruck findet der Kastrationskomplex in halluzinatorischen Psychosen, welche nach der Malariakur gelegentlich auftreten. Gar nicht selten läßt

sich die paralytische Größenidee als Reaktionsbildung auf diese Dinge verstehen. Daß die Störung bei der progressiven Paralyse in der Ichperipherie liegt, geht auch daraus hervor, daß der Paralytiker, wenn er eine Remission hat, seinen Symptomen in kühler Objektivität gegenübersteht. Schon heute erscheine auf die Paralyse eine Betrachtungsweise anwendbar, welche die Gesamtpersönlichkeit und die Stellungnahmen berücksichtigt.

Diskussion. — *Quensel*-Leipzig: Herr *Schilder* nahm seinen Ausgang von der modernen Auffassung hirnpathologischen Geschehens. So sehr ich ihm darin zustimme, möchte ich mich doch dagegen wenden, daß man hier sich zu sehr leiten läßt von dem Begriff der Schichtung, denn so sehr diese für den intellektuellen Teil der Vorgänge zutreffen mag, so ist doch die affektive Stellungnahme etwas, was diesen ganzen Prozeß durchsetzt. Die paralytische Erkrankung ergreift aber wahllos alle diese Schichten durcheinander. Wir tun aber besser, überhaupt nicht von Schichten zu sprechen, sondern von Apparaten, die durcheinander und nebeneinander funktionieren. Auch der Begriff der Ganzheitsfunktion, so berechtigt er an sich ist, scheint mir geeignet, irrezuleiten, insofern er im Grunde nichts ist als ein anderer Ausdruck für die Tatsache, daß jedes Psychische im gegebenen Augenblick ein einheitliches Erlebnis ist. Die allzu psychologische Auffassung verführt uns hier zu einer zu starken Systematisierung, und ich glaube, daß man doch in Gefahr kommt, die Regellosigkeit der Zusammensetzung an Störungen in den verschiedensten Apparaten, nicht Schichten, zu vernachlässigen. So sehr also auch die normal psychologische Betrachtung für praktische und therapeutische Zwecke wertvoll sein mag, so halte ich sie für die Auffassung des Wesens der paralytischen Psychose nur für etwas Sekundäres.

Neißer-Bunzlau: Bei aller Anerkennung der ernsthaften Forscherpersönlichkeit des Herrn *Schilder* muß ich seine Einstellung auf das schärfste ablehnen. Er behandelt die Psychologie des „Paralytikers" in derselben einheitlichen Weise, wie man früher von den „Geisteskranken" schlechthin gesprochen hat; er nimmt die eigenen Äußerungen des Paralytikers hin wie dokumentarische Urkunden; die gezwungensten Deutungen führt er wie Tatsachen ein; kurzum unsere Art klinisch zu denken, ist eine so auseinandergehende, daß ich — vorläufig — jedes Verständnisses für die seinige ermangele; ich gestehe zu, daß dies wahrscheinlich ein subjektiver bzw. Altersdefekt ist, denn ich stehe auch gewissen expressionistischen Bildwerken verständnislos gegenüber.

Máday-Debreczen wendet sich gegen Herrn *Neißer*, der ein psychologisches Verständnis des Paralytikers ablehnte; damit würde ja jede Psychiatrie aufhören.

Morgenthaler-Bern hat vor Jahren schon an Zeichnungen von Paralitikern gezeigt, daß diese nicht nur grotesk, sondern oft auch psychologisch sehr interessant sein können. Die psychologische Ausbeute des Paralytikers wird vielleicht geringer sein als bei der Schizophrenie, dagegen insofern sicherer, als wir die organische Grundlage der Paralyse viel besser kennen, als dies bei der Schizophrenie der Fall ist. (Die Arbeit mit den gegebenen Beispielen wird demnächst publiziert.)

Wexberg-Wien: Das vom Vortr. hervorgehobene Moment der Stellungnahme des Paralytikers zu seinem Defekt ist gewiß hier ebenso von Bedeutung wie auf dem Gebiete der postenzephalitischen Störungen bei Kindern, wie sie Herr *Leyser*-Giessen gestern verfolgte. Die Haltung des hypomanischen Paralytikers ist recht oft die eines sich unsicher fühlenden Menschen, der durch eine Art forcierter Flottheit über seinen Defekt hinwegzutäuschen sucht. Ähnliches beobachtet man nicht selten bei der akuten Alkoholintoxikation. Zu bedauern ist nur, daß Herr *Schilder* diesen Sachverhalt in psychoanalytischer Verzerrung sieht und von „Kastrationskomplex" spricht, wo in Wahrheit nur von einem Gefühl der Minderwertigkeit und der darauffolgenden Reaktion (*Alfred Adler*) die Rede sein kann. Wo dieser Sachverhalt vom Patienten selbst durch die sexuelle Brille gesehen wird, stellt die sich etwa daraus ergebende Wahnidee sexuellen Inhaltes nichts anderes als ein Symbol jenes viel allgemeineren, durchaus nicht spezifisch sexuellen Erlebens dar.

Schilder (Schlußwort): Gegenüber Herrn *Quensel* betone ich nochmals das funktionelle Moment bei den Aphasien und Agnosien. Hingegen stimme ich ihm bei, wenn er in jeder Wahrnehmung auch ein affektives Moment annimmt. Freilich ist die Affektivität der Wahrnehmung eine solche primitiver und unpersönlicher Art. Gegenüber Herrn *Neißer* ist zu sagen: wenn ich vom Paralytiker spreche, so meine ich damit natürlich das Kernsyndrom der Paralyse, die Demenz. Ich glaube noch immer, daß man mit der alten Betrachtungsweise brechen muß, welche fragte, was fehlt? Kann denn eine Fähigkeit „Kritik" ausfallen? Oder „Rechenfähigkeit"? Man muß vielmehr fragen, was ist da geblieben? Auch der Mann mit einem verstümmelten Hirnapparat hat ein seelisches Leben. Könnten wir die Gesetze dieses Lebens ergründen, so wären wir ein gutes Stück weiter. Ich behaupte nicht, daß ich in der Ergründung dieser Gesetzmäßigkeiten weit vorgestoßen sei, wohl aber, daß man sie immer und immer suchen muß.

17. *Stanojević*-Belgrad: Über den Einfluß der Fiebertherapie (Typhus-vakzine und Malaria) auf die Assoziationen der Paralytiker.

Verf. führte an 20 Fällen von verschiedener Form der progressiven Paralyse experimentell die Behandlung aus; vor Beginn und nach Beendigung der Therapie untersuchte er die Patienten auf ihre Assoziationen und kam zu folgenden Ergebnissen:

Im Anfangsstadium der dementen Abart der Paralyse werden die Zeitspannen zwischen Anreiz und Reaktion abgekürzt, die Paralysefälle mit manischen Zügen werden in dem Sinne günstig beeinflußt, daß die Egozentrizität und der perseveratorische Charakter der Assoziationen nebst Verkürzung der Reaktionszeit schwinden; ebenso schwinden die vor Behandlung bestehenden Identitäten und Flexionen.

In vorgeschrittenen oder Terminalfällen der dementen oder der katatonen Form der progressiven Paralyse bleibt die künstliche Fiebertherapie ohne günstigen Einfluß. In vielen Fällen der letzterwähnten Gruppe beobachtet man eine direkte Verschlechterung der Assoziationsverbindung.

Auf Grund dieser psychopathologischen Experimente muß der Schluß gezogen werden, daß die künstliche Fiebertherapie die progressive Paralyse in einem großen Teil der Fälle in bezug auf Assoziationen günstig beeinflußt. Gleichzeitig wird die Wichtigkeit der experimentellen Prüfung von Assoziationen bei progressiver Paralyse als Maßstab für die Indikationen und Kontraindikationen betont.

18. *H. Kogerer*-Wien: Psychotherapie der Psychosen.

Vortr. berichtet über seit 2 Jahren im Gange befindliche Versuche, bei chronischen Psychosen durch eine psychische Behandlung eine Beeinflussung in der Richtung zu erzielen, daß die Berufsfähigkeit erhalten bleibt und die Internierung vermieden wird. Gegenstand der Behandlungsversuche waren größtenteils Schizophrene, daneben einzelne Fälle von Paraphrenie und Paranoia. Grundlage der Methodik bildet in erster Linie die kompensatorische psychische Übungstherapie *Stranskys*, die in mehrfacher Richtung ausgebildet wurde. Insbesondere bildet die Erziehung zu bewußter Dissimulation einen wichtigen Faktor in der Behandlung. Förderung der Selbstheilungstendenzen, Bekräftigung und Ausgestaltung bestehender Zweifel am Wahn und insbesondere Befriedigung des Entlastungs- und Mitteilungsbedürfnisses sind die weiteren Hauptstützen des Verfahrens. Nur dort wo einerseits Selbstheilungstendenz und Mitteilungsbedürfnis bestehen, andererseits der organische Grundprozeß sehr gutartig ist, können Erfolge erzielt werden.

Bisher wurden 17 Fälle dieser Behandlung unterzogen. Es waren dies zum Teil solche Kranke, die zum erstenmal von einem Behandlungsbedürfnis erfaßt und getrieben im Ambulatorium der Wiener psychiatrischen Klinik erschienen, zum Teil waren sie schon vorher kürzere oder längere Zeit in Anstaltsbehandlung gewesen. Von Ergebnissen der Behandlung kann in Anbetracht der Kürze der Zeit nicht gesprochen werden. Der Vortr. verwahrt sich ausdrücklich gegen eine solche Deutung seiner Ausführungen. Soviel aber kann nach den bisherigen Erfahrungen gesagt werden, daß für die Behandlung besonders geeignet solche Fälle zu sein scheinen, bei denen die Erkrankung in kurzen und nicht zu schweren Schüben verläuft; ferner chronische Fälle von sehr langsamem, gutartigem Verlauf mit vielen psychogenen Zügen. Notwendig ist endlich, daß der Kranke sich während der Behandlung in einer vernünftigen und wohlwollenden Umgebung befindet, von der sich erwarten läßt, daß alles vermieden wird, was dem Kranken schaden könnte. Besonders hervorgehoben und mit Beispielen belegt wird die bekannte Tatsache, daß das Trauma der Internierung auf den schizophrenen Prozeß in vielen Fällen eine deutlich verschlimmernde Wirkung ausübt. (Erscheint ausführlich als Monographie bei J. Springer, Wien.)

19. *Emerich Décsi*-Budapest: Erfahrungen mit Autosuggestionstherapie.

Durch die wissenschaftlich nicht ernst zu nehmende, aber praktisch therapeutisch erfolgreiche Wirksamkeit des Nancyer „Laienarztes" *Coué* und die Publikationen seiner Schule angeregt, machte Vortr. seit zwei Jahren Versuche, um dessen Methode, die methodische Autosuggestion,

zur Therapie neurotischer Zustände zu bearbeiten und anzuwenden. *Coués* eigene Erfolge beziehen sich zumeist nicht auf echte Neurosen, sondern, wie auch zumeist die suggestiven Massenerfolge anderer Art, auf die psychischen Begleiterscheinungen sonstiger Krankheiten, auf das Krankheitsbewußtsein bei zumeist belanglosen körperlichen Zuständen. Doch war es leicht, diese Methode, die in der Hauptsache in einer systematischen Einübung autosuggestiv wirksamer Seelenzustände besteht, auch zur Behandlung verschiedener Neurosen umzuarbeiten. Durch entsprechende geistige Übungen zur möglichst hochgradigen Beherrschung der Aufmerksamkeit gelang es in den meisten auch schwer sonst zugänglichen Fällen, auf leichte Weise einen Zustand zu erreichen, in dem die Kranken die notwendigen Suggestionen sich selbst erfolgreich zu geben vermochten. Die Möglichkeiten und die Grenzen der Wirksamkeit dieser Heilmethode sind genau jene jeder anderen suggestiven Methode, von denen sie sich aber durch die leichte Anwendbarkeit und auch dadurch unterscheidet, daß sie den Kranken statt der Gebundenheit an den Suggestor hochgradig selbständig macht. Bei geeigneter Individualisierung vermag die Autosuggestionstherapie in sehr vielen Fällen auch schwerer Neurosen so hervorragende und auch dauerhafte Erfolge zu erreichen, daß sie unbedingt verdient, zum täglichen Rüstzeug der allgemeinen Psychotherapie zu gehören.

Diskussion. — *Kogerer*: Die Bewegung der Schule von Nancy scheint eine Massenbewegung zu werden und ist als solche zu begrüßen, weil unsere Zeit allgemein an überwertigen Krankheitsvorstellungen leidet. An der Lehre selbst ist gewiß vieles richtig, aber nicht neu. Überhaupt darf Psychotherapie niemals nach einer bestimmten Methode betrieben werden, sondern kausal und individualisierend.

Voß - Düsseldorf: hat als *Möbius*schüler die Hypnose schon vor 27 Jahren in der Heidelberger Klinik bei Psychosen anzuwenden versucht, ohne aber greifbare Fortschritte erreichen zu können. Nach seiner späteren, praktischen Erfahrung lassen sich doch zweifellos Erfolge erzielen bei leichten manisch-depressiven, aber reaktiven Zuständen, dagegen nicht bei Schizophrenie. — Welche Form der Psychotherapie man wählt, ist rein individuell, nach *V.*s Erfahrung kommt man mit Wachsuggestion und Hypnose aus. Der „Couénismus" bedeutet keine prinzipielle Neuerung und auch kaum einen Fortschritt, denn diese „Methode" ist mehr ein Schlagwort, dessen sich schon die Kurpfuscher bemächtigt haben.

20. *Simon*-Gütersloh: Aktivere Therapie in der Irrenanstalt.

Zweifellos bedeutete die Ersetzung der früheren Zellen- und Zwangsbehandlung unruhiger und störender Kranker durch die überwachte Bettbehandlung einen großen Fortschritt. Der Fortschritt liegt aber mehr in der Einführung dauernder Überwachung als in der dauernden Bettlage der Kranken. Auch den Heilwert einer vorübergehenden, d. h. einige Stunden oder Tage dauernden Bettbehandlung verkennt Vortr. nicht; er schließt aber aus seinen Erfahrungen der letzten 20 Jahre, daß die über viele Monate und Jahre ausgedehnte Bettlage den Kranken mehr Nachteile als Vorteile bringt: oft dauert die Unruhe der Kranken auch

im Bette fort oder sie steigert sich sogar; in anderen Fällen erreichen wir zwar die Ruhe des Körpers, nicht aber des Geistes, der bei noch vorhandener Regsamkeit auch im Bette weiter arbeitet mit der großen Gefahr, daß dies nun in abwegiger, krankhafter Richtung geschieht. Langdauernde Bettlage kann ebenso zur geistigen Isolierung führen wie der Zellenaufenthalt. Loslösung von allen Beziehungen zur Umwelt sehen wir häufig; der Negativismus kann gerade bei Dauerbettlage die häßlichsten und hartnäckigsten Folgen annehmen. Darüber hinaus führt die Dauerbettlage mit Notwendigkeit zur Abnahme und schließlichem Verlust der geistigen Regsamkeit, zur geistigen Verödung. Vor allem hindert aber die hohe therapeutische Bewertung, die die Bettbehandlung genießt, häufig das rechtzeitige aktive Handeln im Kampfe gegen die Auswirkungen der Krankheit.

Bietet die Hirnerkrankung, welche wir als Grundlage der geistigen Störungen annehmen müssen, unserem aktiven therapeutischen Handeln — von einigen hoffnungsvollen Ansätzen abgesehen — noch kaum Angriffspunkte, so wird unser Handeln besonders darauf gerichtet sein müssen, daß die Krankheitsäußerungen nicht schlimmere Formen annehmen, als das durch die Art des Grundleidens notwendig bedingt ist. Vortr. ist überzeugt, daß sich in dieser Richtung noch sehr viel weitergehende Erfolge erzielen lassen, als heute allgemein angenommen wird, wenn die in allen Anstalten geübte Psychotherapie, deren entscheidende Hilfsmittel Heilerziehung und Beschäftigung sind, nicht nur auf einen mehr oder weniger großen Prozentsatz der Anstaltskranken, sondern auf alle Kranke ausgedehnt wird. Es ist möglich, fast alle Kranken sowohl zu einer ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit angemessenen nützlichen Beschäftigung, als auch zu einem äußerlich geordneten und ruhigen Verhalten zu bringen. Oft sind die Schwierigkeiten dieser Therapie für Arzt und Personal sehr groß und nur durch unverdrossenste und zäheste Ausdauer überwindlich.

Ein verhängnisvolles Hemmnis gegen eine aktive Therapie der Geisteskrankheiten war auch der bekannte Hauptlehrsatz aller Irrenbehandlung: „Irre sind Kranke und für ihr Tun und Lassen nicht verantwortlich." Vortr. möchte ihn ersetzt sehen durch eine Auffassung, welche auch im Geisteskranken nicht in erster Linie und nur den Kranken sieht, sondern zu allererst einmal den Mitmenschen, dessen geistiges Leben grundsätzlich nach den gleichen Gesetzen abläuft wie das des Gesunden und nur soweit veränderten Bedingungen unterliegt, als das dem Krankheitsprozeß im Gehirn notwendig entspricht. Die so allgemeine Absprechung der Verantwortung bedeutet vielen Geisteskranken gegenüber ein schweres Unrecht und schädigt sie. Unterdrücken wir im Kranken das Gefühl der Verantwortung für sein eigenes Schicksal und Wohlergehen, so erniedrigen wir ihn, rauben ihm geradezu den Willen und die Kraft zu geordneter Selbstführung: Verneinung der Verantwortlichkeit führt in Verbindung mit einem zum „System" erstarrten No-restraint notwendig zur Narrenfreiheit und zum unsozialen Verhalten. Geordnete Selbstführung ist es aber, was unsere Erziehungstherapie dem Kranken erhalten, oder soweit sie schon verlorengegangen ist, wieder verschaffen soll.

Die Richtung des aktiven Handelns ergibt sich aus der Forderung: Allem Krankhaften in den unserer Fürsorge anvertrauten Menschen mit aller uns zur Verfügung stehenden Energie und Konsequenz entgegenzuwirken, andererseits aber alles, was noch an gesundem Geistesleben in unseren Kranken steckt — und das ist oft noch viel mehr, als wir an der Oberfläche sehen — zu fördern und zu stärken. Schon aus diesem Gegensatz ergibt sich die Notwendigkeit starken Individualisierens in den anzuwendenden Mitteln, die vom vorsichtigsten, dem Kranken kaum bemerkbaren Führen und Lenken, vom freundschaftlichen Zuspruch bis zum energischen Entgegentreten reichen. Je geschickter das Personal im Umgang mit schwierigen Kranken ist, desto seltener werden ernstere Hilfsmittel nötig. Wichtigste Aufgabe ist, für Ruhe und Ordnung in den gemeinsamen Sälen zu sorgen. Hier muß gelegentlich die Rücksicht auf den Einzelnen zurücktreten gegenüber dem Wohle der Mehrheit. Unter diesem Gesichtspunkte hält Vortr. auch kurze Isolierungen störender Kranker (5 Minuten bis höchstens ½ Stunde, was fast immer ausreicht) für unbedenklich, besonders wo die Nachtruhe ganzer Abteilungen auf dem Spiele steht.

Bei einzelnen wegen ihres dauernd unsozialen Verhaltens nach ärztlicher Voraussicht auf Lebenszeit der Irrenanstalt verfallenen Kranken hat Vortr. noch ganz überraschende Besserungen des Zustandsbildes mit einer faradischen Suggestivbehandlung erzielt. Nur ganz bestimmte Formen kommen dabei in Frage: affektive Erregungszustände und Wutausbrüche Imbeziller, auch schwerste halluzinatorische Affektausbrüche alter Paranoider konnten durch eine wenige Sekunden dauernde Faradisation (mäßige Stromstärke!) mit entsprechender Wortsuggestion („jetzt tritt Ruhe ein! die aufgeregten Nerven werden sich beruhigen und die Erregung wird nicht wiederkommen!") geradezu abgeschnitten werden und blieben dann auch weiterhin aus, so daß die Kranken ihren früheren Charakter als gefürchtete Störenfriede völlig verloren hatten. Vortr. warnt vor Überschätzung und Verallgemeinerung des Verfahrens, das zwar hin und wieder die persönliche Einwirkung des Arztes unterstützen bzw. erst ermöglichen, niemals aber ersetzen kann. Ganz aussichtslos ist es überall da, wo erhebliche Bewußtseinstrübung, Aufhebung der Merkfähigkeit, stärkere elementare Erregung, höhere Grade der Zerfahrenheit vorliegen. Unangebracht ist seine Anwendung da, wo die bewährten einfachen Hilfsmittel der Heilerziehung (Führung, Zurechtweisung, Beschäftigung) zum Ziele führen.

Unter dem Einfluß eines aktiveren Vorgehens gegen die Auswüchse der Psychose wird das ganze Dasein vieler Kranker geordneter und menschenwürdiger; das Anstaltsmäßige, das wir schon seit Jahrzehnten den Gebäuden und Einrichtungen der Anstalten abgestreift haben, wird auch den Kranken selbst soweit wie möglich abgestreift; das ganze Anstaltsbild („Milieu") wird wohltätig verändert: Die früher an der Tages- und Nachtordnung unruhiger Abteilungen gewesenen schweren Ruhestörungen, Affektausbrüche, Gewalttätigkeiten, das Zerstören von Wäsche, Mobiliar, Fensterscheiben usw. gehören jetzt zu den Seltenheiten; die sonst für die Irrenanstalt so charakteristischen paranoiden und katatonen Äußerungsformen (Manieren, Stereotypien, Perorieren usf.) merkt man kaum mehr;

fast ausnahmslos benehmen sich die Kranken wie gesittete Menschen. Der Schlafmittelverbrauch ist sehr zurückgegangen; Dauerbad und Packung finden nur noch selten, Bettbehandlung nur ganz vorübergehend Anwendung. Die initialen Erregungszustände der Schizophrenie und Manie scheinen schneller und leichter abzuklingen als unter der früheren Dauerbettbehandlung. Selbst bei alten „Verblödungs"-Zuständen läßt sich oft wieder ein überraschendes Maß von Regsamkeit zutage fördern, sobald man sich dieser Kranken nur einmal ernstlich wieder annimmt.

Die Tätigkeit von Arzt und Pflegepersonal wird zwar zunächst viel mühsamer, auf die Dauer aber erfreulicher, weil erfolgreicher Vortr. zweifelt nicht daran, daß eine aktivere Therapie imstande ist manchen Kranken, der sonst lebenslangem Anstaltsaufenthalt verfallen war, wieder für die Freiheit brauchbar zu machen.

Im Einvernehmen mit dem leitenden Arzte der Anstalt Lindenhaus (Lippe) wird noch mitgeteilt, daß dort seit 1½ Jahren mit einer aktiveren Krankenbehandlung unter fast völliger Aufgabe von Bettbehandlung und Dauerbad und unter starker Betonung der Beschäftigung die gleichen günstigen Erfahrungen wie in Gütersloh erzielt sind.

Diskussion. — *Neißer*-Bunzlau: Herr *Simon* hat in dankenswerter Weise unser Gewissen geschärft und man soll die Anregungen nicht leichthin mit dem Worte abtun, daß das bekannte Dinge seien, denn es kommt auf die Intensität der Durchführung alles an. Die Bedeutung der Bettbehandlung aber unterschätzt er, wenn er auch nicht mehr wie im Vorjahre die Bettbehandlung als verhängnisvollsten Irrtum und Rückschritt bezeichnet, sondern ihren Wert bei Beschränkung der Anwendung auf Stunden oder höchstens einige Tage gelten läßt. Richtig ist, daß die rechtzeitige Aufhebung der Bettbehandlung unsere Hauptaufgabe ist. Dies ist aber mit allem wünschenswerten Nachdruck von mir schon vor 25 Jahren gefordert worden. Ich glaube, man darf die Forderung aktiverer Therapie begrüßen. Die Zahl der Bettlägerigen wird sich nach der Artung des Materials und den diagnostischen Fähigkeiten des Arztes richten.

Schmidtberger-Linz-Niedernhart: berichtet über eine Patientin der L. I. A. Niedernhart mit melancholischem Zustandsbild und basedowoiden Symptomen, welche durch Bestrahlung der Schilddrüse mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. P. 48 J. alt, keine Heredit., verheiratet, Mutter mehrerer Kinder, seit 1½ Jahr cess. d. Menses, seit ½ bis ¾ Jahren schweres melancholisches Zustandsbild mit starker Suicidneigung, welche die Ursache der Abgabe der Kranken in die geschlossene Anstalt wurde. Opium und Pantopon ohne Erfolg, Nahrungsaufnahme sehr gering, fehlende Krankheitseinsicht, Suicidversuche. Körperlich mittelgroß, schmächtig, abgemagert, zeigte leichte Struma parenchym., Neigung zu flüchtigem Erröten, stetige leichte Schweiße, Pulslabilität, Graefe-Stellwag neg., Sensibilität o. B., Sehnenreflexe lebhaft. Als zur Röntgenbehandlung geschritten wurde, bestand das Krankheitsbild bereits ½ Jahr unverändert schwer. Scheinbestrahlung: Filter 2 mm Pb. ohne Einfluß. Nach drei Tagen: 2½ H 3 al, am nächsten Tage Beruhigung, die bis zur zweiten Bestrahlung, die nach weiteren zwei Tagen vorgenommen wurde, anhielt, somat. Besserung. Zweite Bestrahlung 2½ H 3 al.

Die Besserung macht weitere Fortschritte, die Kranke äußert keine Versündigungsideen, keine Selbstbeschuldigungen mehr, beginnt sich zu beschäftigen, Nahrungsaufnahme gebessert. Acht Tage später Auftreten von Ängstlichkeit, nun dritte Bestrahlung 5 H 3 al, Wiederherstellung der Besserung, P. kann Spaziergänge machen, beschäftigt sich. Ein Besuch der Kirche drei Wochen später führt wieder zu ängstlichem Gehaben und Verstimmung. Nun vierte Bestrahlung 5 H 3 al (15. IX., l. J.). Besserung sofort wieder erzielt, hält bisher an, Krankheitseinsicht.

Ein Fall kann wohl nichts beweisen; doch ist bemerkenswert, daß die Scheinbestrahlung ohne Effekt war, nach Verabreichung der 1. Dosis aber Besserung eintrat. Durch diesen Umstand ist es unwahrscheinlich geworden, daß der hier erzielte Erfolg suggestiv erreicht worden wäre; vielmehr scheint es sich hier wohl um die Beeinflussung einer innersekretor. Drüse zu handeln. Die Anregung zur Wahl der Röntgenbehandlung gab der Aufsatz *Boraks* über die Beeinflussung klimakterischer Störungen durch Röntgenbestrahlung der Schilddrüse und eine persönliche Aussprache mit Prof. *Holzknecht*.

Weber-Chemnitz: In einem gleichgearteten Falle haben wir mit Röntgenbestrahlung der Schilddrüse keinen Erfolg bezüglich der Besserung depressiver Beschwerden erzielt. Bei den komplizierten Verhältnissen der inneren Drüsen ist eine so verschiedenartige Wirkung begreiflich und nicht ausschließlich auf psychogene Ursachen zurückzuführen.

Trotzdem müssen solche Versuche weiter fortgesetzt werden, schon um immer wieder Ärzte und Personal darauf hinzuweisen, daß wir doch in erster Linie behandeln und wenn möglich, heilen sollen. In den Stadtasylen müssen wir auch in gewissem Maße den Wünschen der oft besuchenden Angehörigen nach äußerlich sichtbarer Behandlung entgegenkommen.

Mercklin-Treptow: Es dürfte sich empfehlen, mit einem Gesamturteil über die Vorschläge Simons heute noch zurückzuhalten und erst seine ausführliche, für den Druck in Aussicht gestellte Begründung abzuwarten, auch zuvor durch einen Besuch seiner Anstalt seine Methode eingehend kennenzulernen. Gegen einige Punkte müssen indessen schon heute Bedenken geäußert werden. *M.* findet ebenso wie *Neißer*, daß Herr *Simon* über die Bedeutung und den Nutzen einer wohl begrenzten Bettbehandlung doch zu schnell hinweggeht. Wer den Zustand der Irrenanstalten vor der allgemeinen Einführung der Bettbehandlung aus eigener Anschauung kennt wie *M.*, weiß, wie sehr zum Nutzen der Kranken und des Ganzen sich seitdem das Bild verändert hat. Wir legen ja akute Psychosen, z. B. die vielen beginnenden Fälle aus der Gruppe der Schizophrenien nicht deshalb ins Bett, um ihrer Neigung zur Selbstisolierung entgegenzukommen, sondern weil viele von ihnen sich selbst auch körperlich krank fühlen, eigenartige Sensationen im Kopf haben, wie ermüdet erscheinen und selbst oft gern die horizontale Lage aufsuchen. Sie erhalten für gewisse Zeit nur das, was man jedem Krankenhausbewohner gewährt. *M.* glaubt ferner Herrn *Simon* dahin verstanden zu haben, als ob er in gewissen Fällen zur Strafe für ½ bis eine Stunde die Zellenisolierung anwendet. Hiergegen müßte durchaus Einspruch erhoben werden, schon wegen der üblen Wirkung derartiger Strafen auf das Verhalten des Pflegepersonals zu den Kranken. Ebenso kann die Anwendung der Elektrizität

leicht den Charakter der Bestrafung gewinnen und dann dieselben unerwünschten Folgen zeitigen. *M.* hat vor vielen Jahren gemeinsam mit *Tiling* den elektrischen Pinsel bei Erregungszuständen und Exzessen Schwachsinniger zugleich mit Suggestionen angewendet. Auch diese Maßnahme wurde zu sehr als Strafe aufgefaßt und deshalb wieder aufgegeben.

Endlich meint *M.*, daß es nicht angängig sei, bei der vergleichsweisen Bewertung der Leistungen der einzelnen Irrenanstalten nur den Prozentsatz der beschäftigten Kranken als Maßstab zu benutzen. Bei bestem Willen der Ärzte hängt diese Ziffer doch auch von der Art der Zugänge und des Bestandes ab (wieviel Sieche, organische Fälle usw.).

Herting-Grafenberg: tritt den Ausführungen *Simons* grundsätzlich bei und betont die Notwendigkeit, die Bettbehandlung nicht zu übertreiben, sondern die Dauer zu begrenzen und zu individualisieren; ebenso wünscht er mit *Simon* die unterhaltende, ablenkende Beschäftigung in weiterem Maße eingeführt zu sehen; die großstädtische, der Industrie angehörende Anstaltsbevölkerung ist für ländliche Arbeiten weniger geeignet und verlangt eine andere Art der Ablenkung, die zu beschaffen eine besondere und dankbare Aufgabe der Anstaltsärzte ist.

Pfeifer-Halle-Nietleben: Auf Bettbehandlung dürfen wir nicht verzichten. Sie ist dringend nötig zur Beruhigung sehr erregter Kranker, ebenso die Bäderbehandlung. Schwer Melancholische sollten schon mit Rücksicht auf ihr Insuffizienzgefühl nicht zu früh zur Arbeit herangezogen werden.

Elektrische Behandlung von Geisteskranken ist früher schon versucht worden, aber ohne Erfolg. Auch ist deshalb davor zu warnen, weil sie doch als eine gewisse Zwangsmaßnahme zu betrachten ist.

Gaupp-Tübingen anerkennt den guten Kern der Idee, paranoide und paranoische Menschen zur Dissimulation mancher Wahnbildungen zu bewegen, um sie dem Leben in der Freiheit zu erhalten. Auch der Appell an die Verantwortungsfähigkeit der besonnenen Kranken (bei mutwilliger Zerstörung usw.) kann im Interesse des Kranken und seiner Familie nützlich sein. Bettbehandlung ist bei großer Aufnahmezahl und geringer Bettenzahl in einer Klinik völlig unentbehrlich und auch sonst ein großer Vorteil, wenn sie vernünftig angewandt wird. Isolierung ist nicht immer absolut vermeidbar, wenn auch natürlich nie als Strafe zu verwenden.

Weichbrodt-Frankfurt: Therapie ist Temperamentssache, pädagogische Maßnahmen sind nötig, man soll die Kranken z. T. wie Kinder behandeln, aber nie strafen, die Wirkung auf das Personal wäre verheerend.

Die Bettruhe ist unbedingt erforderlich, aber wie bei allen chronischen Kranken darf man die Kranken nicht „versteifen" lassen.

Es wird dann auf die Salicyltherapie bei Geisteskrankheiten hingewiesen, durch die es gelingt, erregte Kranke ruhiger zu stellen, chronisch halluzinierenden häufig für einige Zeit die Halluzinationen zu nehmen. Diese Therapie ist aber nur eine symptomatische.

Wilmanns-Heidelberg wendet sich mit Entschiedenheit gegen die Anwendung von Schmerzreizen mittels faradischer Ströme zur Erziehung der Geisteskranken.

Braune-Altscherbitz teilt mit, daß er die *Simon*sche aktivere Therapie der Geisteskrankheiten mit bestem Erfolg in der Landesheilanstalt Altscherbitz angewendet hat. Er erblickt in der *Simon*schen Behandlung einen gewaltigen Fortschritt in der Behandlung der Geisteskrankheit. Eine erhebliche Einschränkung der Bettbehandlung ist daher dringend erforderlich.

Groß-Emmendingen: Vor einer erheblichen Einschränkung der Bettbehandlung ist schon deshalb zu warnen, weil der Charakter der Irrenanstalt als Krankenanstalt darunter leiden würde. Bei der Aufklärung der Öffentlichkeit über den Betrieb der Heil- und Pflegeanstalten ist der Hinweis auf die Bettbehandlungssäle, die Krankensälen für körperlich Kranke entsprechen, von nicht zu ersetzendem Werte. Aktivere Therapie ist notwendig, aber gerade hierzu gehört auch die Bettbehandlung.

Ilberg-Sonnenstein betont, daß jede zu begrüßende aktivere Behandlung der Geisteskranken eine genügende Anzahl von Ärzten fordert und daß aus Gründen ausreichender Behandlung der Geisteskranken in den Anstalten das gegenwärtige Bestreben vieler Verwaltungsbehörden auf Verminderung der Ärztestellen scharf bekämpft werden muß.

König-Bonn: Der Einfluß der von *S.* geschilderten Behandlung ist wohl nur daraus zu erklären, daß sich die Ärzte dann mehr mit den Kranken beschäftigen. Diese Annahme wird bestätigt durch die Erfahrungen in der Privatanstalt mit den ganz anders gearteten Verhältnissen: mehr Ärzte, weniger Kranke. Dort sind eigentlich immer solche Zustände, wie sie *S.* anstrebt. Das ist zweifellos zu machen, meiner Ansicht nach ohne Elektrisieren besser.

Simon (Schlußwort): Lediglich das Wohl des Kranken muß unser Handeln bestimmen, nicht die Rücksicht auf das, was die Leute (Publikum, Pflegepersonal) dazu sagen. Der Kampf gegen die Psychose läßt sich nicht mit nur milden Waffen führen. Für die — nicht zahlreichen — Kranken, die wir etwas energischer anfassen, handelt es sich doch meist um die Alternative: entweder lebenslänglicher Irrenanstaltsaufenthalt oder ein ernster Versuch der Beseitigung störender Krankheitsäußerungen mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln. Daß wir jeweils das mildeste Mittel wählen, das zum Ziele führt, ist selbstverständlich.

21. *Walter*-Rostock: Über eine Methode für quantitative Bestimmung der Permeabilität der Meningen.

Vortr. berichtet nach kurzer Kritik der bisherigen Versuche, die Permeabilität der Meningen zu prüfen, über eine eigene Methode, die auf den Übertritt von Brom in den Liquor und den Nachweis des Broms durch die von ihm früher angegebene Goldchloridreaktion, basiert. Bei Zusatz von 0,2 ccm einer 5%-Lösung von Aur. chlorat. fusc. zu der zu untersuchenden Flüssigkeit tritt je nach der Konzentration des Broms eine hellgelbe bis dunkelbraune Färbung ein, die sich kolorimetrisch gut auswerten läßt. Die Untersuchungen haben ergeben, daß die absolute Menge des in den Liquor übertretenden Broms — das gleiche gilt prinzipiell für alle anderen Stoffe — kein Maßstab für die Durchlässigkeit der Meningen ist. Vielmehr kommt es allein auf das Verhältnis der Konzentration des Stoffes in Blut und Liquor an. Dieses Verhältnis wird durch den

Permeabilitätsquotienten (P.Q.) ausgedrückt. P.Q. ist also im gegebenen Falle gleich Bromgehalt des Liquors.

Bromgehalt des Blutes: P. Q. liegt normalerweise nahe um 3,00, d. h. der Bromgehalt des Blutes ist bei gesunden Personen dreimal so hoch als der des Liquors. Diese Konstante gilt vorläufig nur für die vom Vortr. benutzte Versuchsanordnung, wobei die zu untersuchende Person 5 Tage nacheinander am Abend je 0,03 g Br.Na. pro 1 Pfd. Körpergewicht erhielt. Punktion und Blutentnahme erfolgen am 6. Tage zu gleicher Zeit. Bezüglich der Einzelheiten der Technik muß auf die ausführlich in der Z. f. d. ges. Neur. u. Ps. erscheinende Arbeit verwiesen werden.

Die bei der Durchlässigkeit der Meningen wirksamen Faktoren sind wahrscheinlich z. T. chemisch-physikalische (osmotischer Druck), teils biologische (Eiweißgehalt, Zellgehalt u. a. vorläufig nicht bekannte Faktoren). Sicherlich besteht von keinem einzelnen dieser Faktoren ein einfaches, quantitatives Abhängigkeitsverhältnis.

Eine Erhöhung der Permeabilität wurde bisher hauptsächlich bei entzündlichen Erkrankungen der Meningen, aber auch bei einzelnen anderen Fällen (Neuritis optica, symptomatische Psychose) gefunden. Wahrscheinlich gibt es auch eine Herabsetzung der Permeabilität! Eine Erhöhung des P.Q. über 3,30 konnte z. B. bei Choreafällen, einem ziemlich hohen Prozentsatz von Schizophrenie usw., festgestellt werden. Es bleibt aber vorläufig offen, wie weit diese Werte als krankhaft anzusehen sind.

Diskussion. — *Hauptmann*-Freiburg i. Br.: *H.* betont den großen Wert der *W.*schen Untersuchungen für die Frage der Entstehung vieler Schädigungen des Z.-N.-S. auf dem „Wege über den Liquor", wie es *H.* in seinem heutigen Vortrage in der Gesellschaft deutscher Nervenärzte („Neue Überlegungen zur Pathogenese der Metalues") speziell für die Tabes auseinandergesetzt hat. *H.* setzt kurz den Kernpunkt seiner Anschauungen auseinander (siehe den Versammlungsbericht der Gesellschaft deutscher Nervenärzte). Mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Entstehung epileptischer Anfälle auf dem Wege über den Liquor und die Erfahrungen über den Nachweis von Alkohol im Liquor von Trinkern fragt *H.* über die Permeabilität der Gefäße bei Epilepsie und Alkoholismus.

Weichbrodt-Frankfurt a. M.: Es kommt auf die Mengen an, die man gibt, bei großen Dosen geht doch As. und auch Salizyl in den Liquor über. Es scheint, wie *Birling* und ich zeigen, an der Ausscheidung zu liegen. Stoffe, die schnell ausgeschieden werden, gehen wohl nicht über, Stoffe, die lange im Blut zurückgehalten werden, gehen wohl über. Die mit Goldchlorid ausgeführte Reaktion — ich habe Goldchlorid 1916 als Liquorreaktion angegeben — ist noch deutlich sichtbar, wenn man den Bromliquor 24 Std. stehen läßt, dann gibt es eine braune Verfärbung. Wir sehen auch, daß Brom stets im Liquor nachweisbar ist, aber keine greifbaren Unterschiede bei Paralytikern und Nichtparalytikern. Nach 5 Tagen ist wohl der höchste Spiegel im Liquor erreicht, dann ist es zwecklos, mehr als 3 g Bromnatrium täglich therapeutisch zu geben. Daß durch künstlich erzeugte meningeale Veränderungen Körper in den Liquor übergehen, die es sonst nicht tun, haben auch *Birling* und ich gezeigt.

Walter (Schlußwort): Zu den Fragen des Herrn *Hauptmann* kann ich sagen, daß ein Fall von Tabes einen sehr niedrigen Quotienten zeigte.

Bei Epilepsie scheint ein wesentlicher Unterschied vom Normalen nicht zu bestehen. Über perniziöse Anämie und Potus fehlen mir vorläufig Erfahrungen! Herrn *Weichbrodt* möchte ich antworten, daß bei seiner Goldreaktion, die auf der kolloidalen Fällung des Goldchlorids basiert, allerdings eine Ablesung der Reaktion nach 24 Stunden zweckmäßig ist, während es hier auf die Bildung von Goldbromid ankommt. Dieses ist leicht reduzierbar, die Ablesung muß deshalb innerhalb 10 Minuten erfolgen, wenn nicht besondere Vorsichtsmaßregeln angewandt werden. Daß Arsen bei sehr hoher Dosierung in den Liquor übergeht, geht aus amerikanischen Versuchen hervor. Es muß aber wichtig sein, die Permeabilität so zu steigern, daß dies auch bei den anwendbaren Dosen geschieht!

22. *Strecker*-Würzburg: **Untersuchungen über die physikalischen Liquorverhältnisse an der Leiche sowie über das postmortale Quellungsvermögen des Gehirns, mit besonderer Berücksichtigung der Reichardtschen Hirnschwellung.**

Das frisch aus der Schädelhöhle herausgenommene Gehirn des Menschen erfährt beim Einlegen in 10% Formollösung eine Gewichtszunahme infolge postmortaler Quellung. Die Gewichtszunahme beginnt sofort nach dem Einlegen, erreicht nach 5—8 Tagen den Höhepunkt, das sog. Quellungsmaximum, darauf erfolgt ganz langsam eine geringe Wiederabnahme des Gewichtes. Diese Wiederabnahme kommt nach einigen Tagen zum Stillstand, dann findet keine weitere Veränderung mehr statt. Ein konstanter Zustand tritt ein, das Gehirn behält dauernd dieses, um etwa 10% vermehrte Gewicht. Das Quellungsmaximum der verschiedenen Gehirne ist verschieden groß, durchschnittlich beträgt es 10—20% des Hirngewichtes. Die Größe des Quellungsmaximums ist abhängig teils von äußeren Umständen, teils von unbekannten inneren Umständen, die wohl in der Verschiedenheit der Hirnmaterie zu suchen sind. Während die gleichen Teile desselben Hirns die gleiche Quellungszunahme haben (z. B. rechte und linke Hemisphäre), haben verschiedene Teile desselben Hirnes eine verschiedene Quellungszunahme: Am größten ist die Quellungszunahme des Kleinhirns, dann folgt das Großhirn, am geringsten ist die Quellungszunahme des sog. Hirnrestes (d. i. der von den Hemisphären abgetrennte Teil des Hirnstammes). — Die Untersuchung der Quellungsfähigkeit ist eine Bereicherung der physikalischen Untersuchungsmethoden des Gehirns. Es wurde untersucht die Quellungsfähigkeit in 10% Formollösung von 170 Hirnen der Psychiatrischen Klinik. Die äußeren Bedingungen waren die gleichen, mit Ausnahme der Sektionszeit (d. i. die Zeit, welche liegt zwischen Tod und Herausnahme des Hirns aus der Schädelhöhle). Die Sektionszeit ist von maßgebendem Einfluß auf die Quellungsfähigkeit: Je kürzer die Sektionszeit, desto größer ist die Quellungszunahme des Hirns, und umgekehrt. Dieser Einfluß der Sektionszeit liegt nicht offen zutage, denn auch bei gleicher Sektionszeit können verschiedene Hirne ein verschiedenes Quellungsmaximum haben. Man kommt erst hinter diesen Einfluß, wenn man die Quellungsmaxima vieler Hirne nach der jeweiligen Sektionszeit ordnet: Die so erhaltenen Durchschnittszahlen zeigen deutlich, daß die Quellungsfähigkeit des Hirns im umgekehrten Verhältnis zur Sektionszeit steht. Diese Tatsache ist

wahrscheinlich der Ausdruck von Zersetzungsvorgängen, welche sich im allgemeinen um so mehr ausbreiten können, je größer die seit dem Tode verstrichene Zeit ist. — Im Gegensatz zu dieser Ansicht nehmen *Panofsky* und *Staemmler* (Frankf. Zschr. f. Path. 1922, 26, 519) und *Schultze* (Zentralbl. f. allg. Path. 1923, 33, 291) an, die Quellungsfähigkeit des Hirnes in vitro sei davon abhängig, in welchem Maße das Hirn post mortem in der Schädelhöhle Liquor aufgesaugt habe. *Schultze* schließt aus Liquormessungen an der Leiche, die Liquormenge nehme post mortem ziemlich rapid ab; er erklärt diesen Befund damit, daß das Hirn post mortem in der Schädelhöhle Liquor in sich aufsauge. *Panofsky* und *Staemmler* nehmen an, die Hirnschwellung, welche von *Reichardt* als vitaler Vorgang aufgefaßt wird, sei keine eigentliche Schwellung, sondern vielmehr eine postmortale Quellung, eben weil das Hirn infolge postmortaler Liquoraufsaugung quelle. Hiermit stimme gut überein, daß die Quellungsfähigkeit der Hirne von längerer Sektionszeit eine geringe sei: Einfach deshalb, weil diese Hirne schon vorher aus dem Liquor reichlich Wasser angesaugt hätten. — Nachprüfung der Stichhaltigkeit dieser Behauptungen: 1. Messung der zerebralen Liquormenge jener 170 Leichen, deren Hirne auf Quellungsfähigkeit untersucht worden waren. Während *Schultze* innerhalb der ersten 30 Stunden post mortem eine Abnahme der Liquormenge von über 50% gefunden hat, ergaben unsere Messungen eine Abnahme von nur 15% innerhalb derselben Zeit. Hieraus geht hervor, daß für gewöhnlich innerhalb der ersten 30 Stunden post mortem eine Liquorquellung des Hirnes in der Schädelhöhle nicht in erheblichem Maße stattfindet. (Der Unterschied zwischen den Befunden von *Schultze* und den unserigen beruht wahrscheinlich darauf, daß die Technik der postmortalen Liquorentleerung eine verschiedene war.) 2. Läßt man ein Hirn in vitro zuerst in Liquor quellen und hierauf in Formol quellen, so ist seine Quellungsfähigkeit in Formol um so geringer, je länger (d. h. intensiver) das Hirn in Liquor gequollen ist. Hieraus folgt: Wenn Hirnschwellung durch eine postmortale Liquorquellung in der Schädelhöhle zustande kommt, so müßten — wenn die Sektionszeiten einander gleich sind — Hirne mit Hirnschwellung in Formol durchweg eine geringere Quellungsfähigkeit haben als Hirne ohne Hirnschwellung. Eine unter diesen Bedingungen ausgeführte Untersuchungsreihe ergab, daß Hirne mit Hirnschwellung genau dieselbe Quellungsfähigkeit in Formol hatten wie Hirne ohne Hirnschwellung. Hieraus geht hervor, daß die Hirne mit Hirnschwellung nicht deshalb Hirnschwellung hatten, weil sie post mortem in der Schädelhöhle im Liquor gequollen waren, sondern daß die Hirnschwellung aus einem anderen, unbekannten Grunde entstanden war. — Diese Untersuchungen haben ergeben, daß die Hirnschwellung nicht lediglich als postmortaler Quellungsvorgang aufgefaßt werden darf. Die Quellungsfähigkeit des Hirnes in vitro wird mit zunehmender Sektionszeit geringer; nicht deshalb, weil das Hirn während dieser Zeit in Liquor gequollen ist, sondern wahrscheinlich deshalb, weil während einer langen Sektionszeit im allgemeinen Zersetzungsvorgänge sich intensiver ausbreiten können als während einer kurzen Sektionszeit. Folgende Untersuchung spricht für die Richtigkeit unserer Ansicht: Bei 26 Leichen wurde sofort post mortem sämtlicher Liquor mittels Lufteinblasung aus der Schädelhöhle

(und aus der Rückenmarkshöhle) entleert. Das Einlegen dieser 26 Hirne in Formol erfolgte nach einer Sektionszeit von durchschnittlich 21 Stunden. Die Quellungsfähigkeit dieser 26 Hirne war weitaus geringer als die Quellungsfähigkeit der anderen 170 Hirne, deren Liquor erst bei der Sektion entleert worden war. Die durchschnittliche Quellungsfähigkeit dieser 26 Hirne war geringer als die durchschnittliche Quellungsfähigkeit von anderen Hirnen, welche eine doppelt so große Sektionszeit hatten! Wäre die Annahme von *Panofsky* und *Staemmler* richtig, so hätte die Quellungsfähigkeit dieser 26 Hirne eine besonders große sein müssen, weil sie post mortem keine Gelegenheit hatten, in Liquor zu quellen. Es ergibt sich aber gerade das Gegenteil. In diesem Falle konnten Zersetzungsvorgänge sich besonders intensiv ausbreiten deshalb, weil hierbei — im Gegensatz zu sonst — Luft artefiziell in die Schädelhöhle eingedrungen war. Wahrscheinlich aus diesem Grunde war die Quellungsfähigkeit dieser 26 Hirne eine so auffallend geringe. — Durch diese Untersuchungen soll nicht kategorisch jede Möglichkeit einer postmortalen Hirnschwellung (besser Quellung) abgelehnt werden. Aber das, was im Sinne von *Reichardt* mit Hirnschwellung bezeichnet wird, ist nicht zustande gekommen durch eine gewöhnliche tote Quellung der Hirnmaterie. — Vielleicht beruht die verschiedenartige Quellungsfähigkeit der verschiedenen Hirne (verschiedene Hirne können trotz gleicher Sektionszeit ganz verschiedene Quellungsmaxima haben) teilweise darauf, in welchem Maße post mortem Luft Eingang in die intakte Schädelhöhle gefunden hat. Dieses Problem könnte in Beziehung gebracht werden zu dem individuell verschiedenen spez. Gewicht des Schädeldaches, auf welche Tatsache *Reichardt* aufmerksam gemacht hat. Neben den äußeren Umständen kommen auch innere Umstände in Betracht. Die verschiedenartige Quellungsfähigkeit der verschiedenen Hirne ist ein Phänomen, welches bei kritischer Auslegung dazu beitragen kann, individuelle Verschiedenheiten der Hirnmaterie aufzudecken.

23. Dr. *Warnecke*-Kiel (Marinestabsarzt): Der heutige Stand der deutschen Heerespsychotechnik.

Nach einem kurzen Überblick über die aus der Not der Kriegszeit geborenen ersten Eignungsprüfungen im deutschen Heere (Prüfungen für Kraftfahrer von *Moede* und *Piorkowski*, für Funker von *Lipmann*, *Rupp*, *Rieffert*, für Flieger von *Benary*, *Brahn*, *Goldschmidt*, *Kronfeld*, *Selz*, *Stern* usw., für Schallmesser von *E. Stern*) und den in England, Frankreich, Österreich, Amerika und anderen Ländern ebenfalls im Kriege angestellten psychotechnischen Untersuchungen geht der Vortr. etwas näher ein auf die mit den sogenannten Alphatests an den amerikanischen Rekruten im Kriege vorgenommenen Prüfungen, da diese mit einigen Änderungen einen Teil der heutigen psychotechnischen Prüfung in der deutschen Wehrmacht bilden.

Während im Kriege nur an einzelnen Spezialtruppen Eignungsprüfungen vorgenommen wurden und Fachpsychologen selbst die Prüfungen ausführten, soll jetzt die Psychotechnik in der deutschen Wehrmacht durch Erweiterung des Tätigkeitsgebietes und durch Mitarbeit der Front auf breitere Basis gestellt werden, da einerseits die im

Kriege mit den Eignungsprüfungen erzielten Erfolge günstig waren, auch die Amerikaner mit ihrem Prüfungsverfahren bei den auf den europäischen Kriegsschauplatz entsandten Soldaten gute Resultate erzielt haben wollen, und da andererseits auch in fast allen fremden Armeen umfangreiche psychotechnische Eignungsprüfungen angestellt werden und auch die Industrie Eignungsprüfungen mit gutem Erfolge anwendet. Maßgebend war auch der Umstand, daß das deutsche Volk bei seinem an Zahl beschränkten Söldnerheer den größten Wert auf die Güte des Soldatenmaterials legen und verlangen muß, daß die Fähigkeiten jedes einzelnen Soldaten soweit wie möglich ausgenutzt werden, um Höchstleistungen erzielen zu können. Um dies zu erreichen, müssen alle Mittel erschöpft werden und auch diejenigen Hilfsmittel mit herangezogen werden, die uns die moderne Forschung zur Auswahl und Verteilung der Menschen bieten zu können glaubt.

Der durch seine Funkereignungsprüfungen im Kriege bekannt gewordene Berliner Psychologe *Rieffert* hat vor längerer Zeit von der Heeresleitung den Auftrag erhalten, die Heerespsychotechnik auszubauen und geeignete Prüfungsmethoden auszuarbeiten. Mit leider ziemlich primitiven Hilfsmitteln hat er im Laufe der letzten Jahre eine Reihe von Aufgaben zusammengestellt, die in einem praktischen Kursus in Berlin im Herbst 1923 mit einer Reihe von Offizieren und Sanitätsoffizieren aus allen Wehrkreisen und der Marine durchgeprüft wurden, um der Front einen Einblick in das Gebiet zu verschaffen und Prüfungsleiter auszubilden.

Als Grundlage dient den Methoden ein von *Rieffert* ausgearbeitetes und auf die Leistungen und Fähigkeiten des Soldatenberufes zugeschnittenes psychophysiologisches Schema, das die Bewegungstüchtigkeit, Sinnestüchtigkeit, Intelligenz, den Willen und die Aufmerksamkeit umfaßt.

Folgende Prüfungen werden zur Zeit angestellt:

I. Sinnestüchtigkeit: Sehschärfe, Gesichtsfeldumfang, Sehstärke, Dämmerungssehen, Farbentüchtigkeit, freiäugiges Tiefensehen, stereoskopisches Sehen; Augenmaß, Querdisparation, Helligkeitsvergleich, Mengenschätzung, räumliche Orientierung; Hörschwelle, Tonlücken, Intensitätsschwelle, Wiedererkennen von Klängen, Richtungshören; Geräuscherkennen, Analyse von Knallfolgen, Tonhöhenunterscheidung, Intensitätsvergleich. Deutlichkeit der Sprache, Gewandtheit im Ausdruck, Tast- und Druckempfindung. Geruch.

II. Bewegungstüchtigkeit: Körperbau und Nervensystem, momentane Kraftleistungen, Dauerleistungen, Geschicklichkeit, Geschwindigkeit, turnerische Gewandtheit.

III. Wille a) zur Bewegungstüchtigkeit (Ermüdungsüberwindung, Ausdauer), b) zur Handlungstüchtigkeit (Zuverlässigkeit, Selbständigkeit, Entschlußfähigkeit).

IV. Intelligenz: Gedächtnis (für Einzeldarbietungen, Kenntnisse), Denken (logisches, methodisches, mathematisches, Rechnen, Urteilsfähigkeit).

V. Aufmerksamkeit (konzentrischer, distributiver Typ, Konstanz der Aufmerksamkeit).

Die Prüfung der Intelligenz und der Aufmerksamkeit geschieht

A. mit Hilfe der amerikanischen Tests:

1. Feststellung, wie genau gegebene Befehle aufgefaßt, behalten und ausgeführt werden können, durch Vornahme befohlener Streichungen und Eintragungen in ein vorgedrucktes Schema.

2. Lösung eingekleideter Aufgaben.

3. Prüfung des praktischen Urteils durch Auswahl der richtigen Antwort auf eine gegebene Frage aus drei verschiedenen Antworten.

4. Allgemeines Sprachverständnis und Aufmerksamkeit durch Beantwortung, ob gegebene Worte Antonyma oder Synonyma sind.

5. Zahlenverständnis durch Fortführung gegebener Zahlenreihen.

6. Verständnis für Analogien durch Analogietests.

7. Schriftliche Wiedergabe einer vorgelesenen Fabel unter gleichzeitiger Registrierung zugerufener Zahlen und Buchstaben.

B. durch

8. Feststellung visueller Fähigkeiten durch Nachzeichnen von Strichen und Punkten, die auf einer kurz exponierten Tafel wahllos angeordnet sind. Eine besonders gründliche Untersuchung des Nervensystems der Eidetiker ist wegen der von *Jaensch* festgestellten nervösen Konstitution derselben nötig.

9. Feststellung wahrheitsgetreuer Beobachtungsgabe und Suggestibilität: Bildversuch mit anschließenden Fragen über Einzelheiten des Bildes mit Einschaltung von Suggestivfragen. Bei starker Suggestibilität ist ebenfalls eine genaue Untersuchung auf neuropathische oder hysterische Veranlagung nötig.

10. Prüfung des konstruktiven Verständnisses.

Fertig ausgearbeitet sind außerdem komplexe Methoden zur Prüfung von Artilleristen, von Kraftfahrern, von Funkern und Fernsprechern; in den beiden letzten wird besonderer Wert auf Feststellung des Übungsfaktors gelegt.

In Vorbereitung ist eine infolge der Vielseitigkeit des Berufs recht schwierige Prüfungsmethode für Pioniere.

Die Methoden bauen sich größtenteils auf auf Beobachtungen von Frontoffizieren über die von ihnen für ihre Spezialwaffe geforderten Eigenschaften und über die am häufigsten vorkommenden Fehler.

Die Prüfung der Sinnestüchtigkeit, die Untersuchung des Körperbaus und des Nervensystems muß selbstverständlich Aufgabe des ärztlichen Prüfungsleiters sein und dieser wird schon durch eingehende Untersuchung der Konstitution und der Organsysteme, durch Vornahme anthropometrischer Messungen usw. viel minderwertiges Menschenmaterial ausscheiden können. Dem Truppenoffizier kann die Untersuchung der sonstigen Bewegungstüchtigkeit, die technische Durchführung der Willens-, Intelligenz- und Aufmerksamkeitsprüfung sowie die Ausführung der komplexen Prüfungsmethoden überlassen bleiben; in allen Fällen muß aber dem ärztlichen Prüfungsleiter, der, wenn möglich, psychiatrisch geschult sein muß, bei der Bewertung der erzielten Prüfungsergebnisse die Hauptaufgabe zufallen; die Mitarbeit eines Psychiaters ist auch schon aus dem Grunde unbedingt erforderlich, um den Einfluß der Pubertät, in der sich alle einzustellenden Rekruten befinden, genügend berücksichtigen zu können.

Wie in der Psychotechnik überhaupt, so ist auch in der Heerespsychotechnik das Ziel der Eignungsprüfungen ein ganz verschiedenes, dementsprechend müssen auch die anzuwendenden Methoden verschieden sein. Ein großer Unterschied liegt schon darin, ob es sich um die Prüfung der im Frieden terminmäßig einzustellenden Soldaten oder der großen Menschenmassen im Kriegsfall handelt. Im letzteren Fall müssen wir einzelne, alles Wissenswerte treffende Tests besitzen, die gestatten, Massenuntersuchungen vorzunehmen und schnell die völlig ungeeigneten ausfindig zu machen. Anders liegen die Verhältnisse wiederum, wenn es sich darum handelt, schon längere Zeit ausgebildete Soldaten auf ihre Geeignetheit zu einer Spezialwaffe zu untersuchen.

Das derzeitige Ziel der deutschen Heerespsychotechnik ist dem heutigen Stande der Psychotechnik entsprechend noch ein durchaus vorsichtig und nicht zu weit gestecktes. Infolge der bisherigen Unvollkommenheit experimentell-psychologischer Methoden will sie zunächst mitarbeiten an dem weiteren Ausbau derselben durch Aufstellung von Erfolgskontrollen, durch Schaffung möglichst vieler, für Massenprüfungen geeigneter Methoden, durch Erforschung weiterer Korrelationen usw. Um hierfür ein möglichst umfangreiches statistisches Material zu gewinnen, wird das ganze Heer und die Marine nach den oben angeführten Prüfungsmethoden durchgeprüft, das so gewonnene Material mit der praktischen Beurteilung des einzelnen Soldaten durch den Truppenführer verglichen, an der Berliner Zentrale ausgewertet und so die Brauchbarkeit der Methoden festgestellt. Entsprechend den gemachten Fortschritten in der Heerespsychotechnik sollen dann auch bei der Einstellung der Rekruten in den nächsten Jahren, an zu Spezialwaffen kommandierten, schon allgemein ausgebildeten Leuten sowie in der Marine bei den Seekadetten Prüfungen vorgenommen werden, ohne jedoch zunächst aus dem Ergebnis die Konsequenzen zu ziehen, sondern lediglich um Erfolgskontrollen aufzustellen.

Der Wert psychotechnischer Eignungsprüfungen für die Wehrmacht kann aber abgesehen von der noch nicht bewiesenen Brauchbarkeit der bisherigen Methoden nur ein bedingter sein, da nur Soldaten mit einwandfreien moralischen Qualitäten ein gutes Heer garantieren können, moralische Fähigkeiten aber vorläufig durch das Experiment nicht erfaßt werden können. Es ist ferner bekannt, daß im Zivilberuf versagende Psychopathen sich gern dem Soldatenberuf zuwenden und daß sich unter den vielen Arbeitslosen der letzten Jahre, die sich weniger aus Liebe zum Soldatenberuf als vielmehr aus dem Verlangen nach Unterkommen und Versorgung zum Eintritt melden, viele minderwertige Leute befinden, die auch durch Eignungsprüfungen nicht erfaßt werden können. Diese Leute dem Heer fernzuhalten, wird nur dem psychiatrisch geschulten Arzt unter Heranziehung einer eingehenden Vorgeschichte usw. möglich sein. Es empfiehlt sich deshalb bei friedensmäßigen Einstellungen, neben einer gründlichen allgemeinen ärztlichen Untersuchung auch eine solche durch den Psychiater vornehmen zu lassen und die Psychotechnik nur als ein weiteres Hilfsmittel zur Feststellung der Brauchbarkeit heranzuziehen. Bei Masseneinstellungen, wo gründliche ärztliche Untersuchung nicht möglich ist, wird die Psychotechnik immerhin ein besonders brauchbares Hilfsmittel zur Auswahl der Soldaten bedeuten.

Diskussion. — *Gückel*-Nürnberg stellt folgenden Antrag: Die Versammlung wolle beschließen, daß die Vorstandschaft des D. V. f. Ps. bei der Reichsregierung dahin vorstellig wird, daß die Erteilung des Führerscheins für Kraftwagenfahrer von der Unterziehung einer psychotechnischen Eignungsprüfung abhängig gemacht wird. Die bisherigen Untersuchungsschemata der Amtsärzte sind in diesem Sinne zu erweitern.

Auch die Autoführer im allgemeinen müssen einer psychiatrischen Eignungsuntersuchung unterzogen werden. Die reichsgesetzlichen Vorschriften sind unzulänglich und reformbedürftig. Die erschreckend zunehmenden Autounfälle sind z. T. auf diesen Mangel zu beziehen. Auch Zitterern 1. Grades und Herzneurotikern ist der Führerschein zu verweigern.

Roemer-Stuttgart macht auf verschiedene grundsätzliche Mängel des bisherigen Verfahrens von seiten der deutschen Heerespsychotechnik aufmerksam.

1. Bei den Prüfungen wurde eine grundsätzliche, wichtige Feststellung versäumt, nämlich die der Einwirkung des Affekts auf die intellektuelle Leistungsfähigkeit.

Ein Mann kann z. B. bei den bisher angewandten Testen vorzüglich abschneiden, in Gefahrmomenten jedoch vollkommen versagen. Andere kommen im Gegensatz dazu erst in affektiv erregenden Situationen auf die Höhe ihrer Leistungsfähigkeit. Ohne die gleichzeitige Prüfung, ob affektive Erregungen die Leistung steigern oder schwächen, haben daher alle testmäßigen Feststellungen gerade für den Heeresdienst nur eine sehr beschränkte Gültigkeit.

2. Mit diesem Versäumnis hängt zusammen, daß der begriffliche Typus bei den Testprüfungen eine verhältnismäßige, durchaus unerwünschte Bevorzugung erhält.

3. Die bisher herausgebrachten Teste sind mangelhaft durchgearbeitet. Es befinden sich zum Teil grobe logische Fehler darin. Sie sollten daher unbedingt nochmals überarbeitet werden, ehe sie als Grundlage für Massenuntersuchungen dienen werden.

Warnecke (Schlußwort): Die Kraftfahrer werden zuerst einer allgemeinen psychotechnischen Prüfung unterzogen und dann der komplexen.

Die bisherigen Methoden können noch nicht als endgültige betrachtet werden, sie sollen nur dienen zur Aufstellung von Erfolgskontrollen.

24. *Kurt Goldstein*-Frankfurt a. M.: Über den Einfluß motorischer Störungen auf die Psyche.

(Der Vortrag wird in der Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie veröffentlicht.)

25. *Jolowicz*-Leipzig: Zwischen den Systemen der Psychotherapie.

(Der Vortrag konnte aus äußeren Gründen nicht gehalten werden; er war für die Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Innsbruck angesagt.)

Die Psychotherapie gilt als kausale Behandlung der Neurosen. Wie jede kausale Therapie muß die Methode von den Grundanschauungen über die Krankheit abhängig sein. Jede Neurosenlehre, ein Grenzgebiet

zwischen gesundem und krankem Seelenleben, gründet sich auf die Fundamentalsätze der Psychologie. Die erkenntnistheoretische Grundlage der Psychologie ist das ungelöste psychophysische Problem, sodaß die gesamte Psychologie durchaus nicht als eine fest fundierte Wissenschaft gelten kann. Die kausalen therapeutischen Methoden anderer Disziplinen haben in der empirischen Physiologie und Anatomie eine weitaus sicherere Grundlage. Therapie (Methodik), Psychopathologie (Neurosenlehre), psychologische und erkenntnistheoretische Grundbegriffe bilden ein System der Psychotherapie. Es gibt so viele Systeme wie es Methoden gibt, und jedes ist eingestellt auf das Koordinatensystem des Therapeuten.

Die besonders von *Freud* für sich in Anspruch genommene empirische Fundierung des Systems beruht auf einem Trugschluß. Die wesentlichsten Grundbegriffe sind Setzungen, deren Bestätigung in den Krankengeschichten gesucht wird. Für *Freud* und *Jung* ist die Assoziationspsychologie Grundanschauung, *Adler* basiert z. T. auf Vaihingers Philosophie des „Als Ob", *Frank* braucht als Voraussetzung die *Semon*sche Mnemelehre, *Dubois* ist ausgesprochener Intellektualist, *Coué-Baudouin* setzen die Freiheit des Willens voraus.

Jedes System ist aufgebaut nach einem antizipierten Schema im Sinne von *Driesch*. „Das Sein paßt also nicht ohne weiteres und unmittelbar zu der geschauten Form." Als charakteristische Beispiele könnte man die „Analyse der Phobie eines 5jährigen Knaben" von *Freud* und die Arbeit über „Das Unterbewußtsein und die Methode der hypnotischen Selbstbesinnung" von *Kohnstamm* anführen.

Erfolge sprechen nicht für die Richtigkeit eines Systems; so viele Heilungen wie „Lourdes" hat kein wissenschaftlicher Psychotherapeut aufzuweisen. Der suggestive Faktor, häufig schon vor Beginn der Behandlung wirksam, ist bei keiner Therapie auszuschalten.

Unter Verallgemeinerung eines Satzes von *H. Vogt* kann man sagen, jede psychotherapeutische Methode sei viel mehr eine Methode für gewisse Kranke, als für gewisse Krankheiten. Da unsere Kenntnisse noch nicht so weit sind, daß wir eine wohlgegliederte und wohlbegründete spezielle Diagnostik der Neurosen haben, müssen wir den Kranken behandeln und folgerichtig das Koordinatensystem des Kranken der Methode zugrunde legen. Dies versucht die Persönlichkeitsanalyse zu tun. Es muß gefordert werden, daß jeder Psychotherapie eine eingehende Persönlichkeitsanalyse, nicht nur eine Anamnese vorausgeschickt wird. Sie wird vielleicht nach Ausbau der Konstitutions- und Typenlehre zu einer mehrdimensionalen Diagnostik führen (*Kretschmer*). Erst auf das durch die Persönlichkeitsanalyse festgestellte Koordinatensystem des Kranken bezogen, bekommt die einzelne therapeutische Methode Sinn und Berechtigung. Dann erst wird zu entscheiden sein, welche Methode dem individuellen Koordinatensystem angemessen ist. Wenn man auf ein psychotherapeutisches System, auch auf das der sogenannten Individualpsychologie festgelegt ist, wird unzweifelhaft auch die Persönlichkeitsanalyse dem antizipierten Schema zum Opfer fallen.

Ob die Psychotherapie in höherem Maße als andere Heilmethoden ıe Kunst bleiben wird, muß die Zukunft lehren. Heute ist das Funda- ent für die Psychotherapie als reine Wissenschaft noch zu schwach. ır der Psychotherapie des „gesunden Menschenverstandes" kann nicht ıdringlich genug in weitesten Kreisen gewarnt werden. Die Technik fordert viel positives Wissen, nicht nur medizinisches und naturwissen- haftliches, sondern auch psychologisches und philosophisches.

(Auf Grund von Autorreferaten zusammengestellt.) *G. Ilberg.*

Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

VI.

Kurzer Überblick über die amerikanische Psychiatrie der Jahre 1910—1920.

Von

F. J. Wertheimer,

Henry Phipps Psychiatric Clinic Johns Hopkins Hospital, Baltimore.

Mehr als alle anderen Zweige der Medizin zeigt wohl die Psychiatrie, in der Entwicklung, die sie in Amerika genommen hat, ein besonderes und eigenartiges Gepräge. Im Rahmen eines kurzen Aufsatzes können die Forschungsrichtungen sowie die praktischen Auswirkungen selbst in groben Umrissen nur ganz unvollständig angedeutet werden.

Ein Grundzug der amerikanischen Psychiatrie scheint mir in der bewußt pragmatischen Einstellung gegeben zu sein. Von diesem Gesichtspunkt aus ist die dynamische Auffassung der Erscheinungen des Irreseins verständlich, die sich weder mit scharfumschriebenen Krankheiten und feststehenden fatalistischen Konstitutionen als Einheiten zufrieden gibt, noch auch die statischen elementaristischen Begriffe der deskriptiven Psychologie als hinreichend erachtet. Die moderne amerikanische Psychiatrie steht auf dem Boden einer dynamischen Psychologie. Weder eine rein introspektive Psychologie noch die extreme Verhaltenspsychologie können in strengem Sinne dynamisch sein, da sie einerseits das Nicht-Bewußte, andrerseits die Prozesse, die sich zwischen Reiz und Reaktion einschieben, außer acht lassen (1). Der dynamische Standpunkt ist am konsequentesten von psychiatrischer Seite von *Adolf Meyer* als „Psychobiologie" formuliert worden (2). Die psychobiologische Betrachtungsweise postuliert, daß zwischen psychologischen und physiologischen Gegebenheiten keine scharfe Grenze existiert und daß psychische Erscheinungen als höhere und kompliziertere Integrationen niederer Prozesse aufgefaßt werden können. Anstelle des Gegensatzes von physisch und psychisch (auf der Basis der parallelistischen Hypothese) tritt der Übergang von einfachen physicochemischen und physiologischen Prozessen zu psychobiologischen Reaktionen, die da beginnen, wo der „Organismus als Ganzes" als ein integraler Faktor der Reaktion in Erscheinung tritt. Es ergibt sich für diese undogmatische Psychologie, daß die Fragestellung bewußt oder unbewußt zunächst in den Hintergrund rückt. Sie wird gewissermaßen abgelöst durch die Frage, welche Momente der Innen- und Außenwelt nötig sind, um eine psychologische Reaktion wiederholen oder vorhersagen zu können. Vier von aprioristischen Vorurteilen möglichst freie Fragestellungen sollen die Erforschung einer psychobiologischen Gegebenheit bestimmen:

1. Wie ist die Gegebenheit oder Tatsache als solche klar zu umschreiben.
2. Welche Folgen hat diese Tatsache, und welche Modifikationen zeigt sie unter experimentell veränderten Bedingungen.
3. Welches sind die notwendigen Bedingungen für die Existenz dieser Tatsache oder für ihren Verlauf.
4. Inwieweit und wodurch kann sie beeinflußt, gehemmt, oder aufgehoben werden.

Psychisch integrierte Aktivität entspricht einem speziellen Typus von Organisation des Individuums, auf einer besonderen ontogenetischen und phylogenetischen Entwicklungsstufe; diese Organisation muß nicht notwendigerweise als eine spezifische Organisation der Struktur gedacht werden, sondern kann als eine Organisation der Funktion aufgefaßt werden, charakterisiert durch die Entwicklung des die höchste Stufe biologischer Integration darstellenden Systems der Symbolisierung, welches alle Daten der parallelistischen Psychologie einschließt.

Die allgemeine Richtung nach pragmatisch-dynamischer Betrachtung psychopathologischer Erscheinungen begünstigte die „Infiltration" der amerikanischen Psychiatrie mit Gedankengängen und Formulierungen der Suggestivtherapie und der Psychoanalyse, die ihrerseits in großem Maße Konkretes zu der dynamischen Auffassung beigetragen haben, worauf hier nicht des Näheren eingegangen werden soll.

Auf dem Gebiet der allgemeinen Nosologie besteht das Bestreben, die mehr formale Einteilung in scharfumschriebene prognostisch festgelegte Krankheitseinheiten nicht als letztes Kriterium gelten zu lassen. Anstatt a priori dem Individuum den nach Ätiologie und Verlauf in bestimmten engen Grenzen gedachten Krankheitsprozeß logisch gegenüberzustellen, wird der Versuch gemacht, psychopathologische Phänomene als das zu sehen, was sie bei unbefangener Betrachtung sind, ein Komplex von Tatsachen, aus dem die Persönlichkeit als solche und ihr unmittelbares Verhältnis zur Umwelt nicht wohl abgetrennt werden können. Es wird nicht in Analogie mit den Gesetzen der Pathologie der einzelnen Körperorgane oder -systeme angenommen, daß das Individuum von einer Krankheit befallen wird, sondern — auf dem psychobiologischen Niveau — ist es die Persönlichkeit, die auf Grund phylogener und erworbener Gewöhnungen reagiert mit bestimmten „Reaktionstypen" (Adolf Meyer) (3). Es bedeutet einen Fortschritt in der psychiatrischen Diagnostik und Prognostik, wenn im einzelnen Krankheitsfall, bei dem beispielsweise die affektiven Symptome im Vordergrund stehen, die schizoiden Einschläge nicht als unwichtig übersehen werden, sondern affektive und schizophrene Reaktionen psychologisch herausgearbeitet und in ihrer Beziehung zu den Reaktionstendenzen der Persönlichkeit und den Umwelteinflüssen konstruktiv gewürdigt werden. Zweifellos bestehen Berührungspunkte zwischen diesem Gesichtspunkt und der erbbiologischen Forschungsrichtung. Die Formulierung und Abgrenzung der einzelnen psychopathologischen Syndrome als „Reaktionstypen" soll hier nicht im einzelnen beschrieben werden.

Einen auf dem Boden der Psychoanalyse stehenden Versuch der Aufstellung eines nosologischen Systems stellt *Kempfs* „mechanistische

Einteilung der Neurosen" dar (4), die sich auf den Mechanismen der Unterdrückung, Verdrängung, Kompensation, Regression und Dissoziation aufbaut. *Kempf* nimmt an, daß alle „Neurosen" (unter welchem Namen er die Psychosen mit einbegreift) auf der Basis einer durch mehr oder weniger unbewußte Wünsche hervorgerufenen Gleichgewichtsstörung der Funktionen des autonomen Nervensystems entstehen. Sie unterscheiden sich voneinander diagnostisch und prognostisch nur, je nachdem der eine oder andere der obengenannten „Mechanismen" mehr in den Vordergrund tritt.

Im Zusammenhang mit der bewußten biologischen Auffassung geistiger Erkrankungen als Anpassungsstörungen an innere oder äußere Anforderungen, ist die Erforschung der Persönlichkeit gefördert worden. Und zwar ist dies weniger in der Richtung nach der Aufstellung von Typen geschehen als in Beziehung zu konkreten Lebenssituationen und dynamisch wirksamen Triebrichtungen und Gewöhnungen. *Adolf Meyer* hatte zu Beginn des Jahrhunderts auf die dynamische Bedeutung von frühen Entgleisungen präpsychotischer Individuen hingewiesen, die *Kraepelin* als frühzeitige Symptome der Psychose betrachtete (5). *Hoch* und *Amsden* haben einen Führer zum deskriptiven Studium der Persönlichkeit (6) veröffentlicht, den *Potter* (7) für das spezielle Studium der schwachsinnigen Persönlichkeit modifiziert hat. In einer klinischen Studie, in der er acht Fälle von Delirium, Dementia praecox, Morphinismus und Psychopathie einer eingehenden Analyse unterzieht, hat *Amsden* (8) den praktisch klinischen Wert der systematischen Erforschung der Persönlichkeit für die Abschätzung der Anpassungsfähigkeit im Sinne einer biologisch orientierten Psychiatrie besonders einleuchtend dargelegt. Er legt besonderen Wert auf die Unterscheidung, ob von Anfang an ein starker Trieb oder Drang nach Anpassung vorliegt, der dann im Falle der Frustrierung infolge innerer oder äußerer Widerstände zu extremen ausweichenden Ersatzreaktionen führen kann; oder ob der Drang zur Anpassung von vorneherein „neutralisiert" ist, was zu charakteristischen Zügen allgemeiner Stumpfheit führt. Zwischen diesen beiden Extremen liegt ein Mittelgrund „partieller Adaptationen". *Amsden* (9) hat in einer neueren Arbeit erfolgreich eine präzisere Systematisierung in der Beschreibung der Persönlichkeit in Ausdrücken tatsächlicher Lebenssituationen angestrebt.

An dem Problem der Dementia praecox scheint mir besonders konstruktive Arbeit in Amerika angesetzt zu haben. *Adolf Meyer* (10) legt das Hauptgewicht auf die Tatsache, daß in der Mehrzahl der Fälle Faktoren — psychogener Art im weitesten Sinne — aufgezeigt werden können, die modifizierbar und korrigierbar sind; nur die Erforschung der Reaktion des Individuums auf derartige Veränderungen sowie auf bestimmte Lebensereignisse ermöglicht es, ein klares Bild des Wesens der Psychose zu gewinnen. Die Linie zwischen schizophrener Psychose mit pessimistischer Prognose und „psychogen-schizoider Reaktion" wird auf diese Weise unscharf, da eben selbst uns prozeßhaft anmutende Dissoziationen oft neben ihrem rein formalen Charakter im Zusammenhang mit den verschiedenen Reaktionstendenzen der Persönlichkeit einer mehr dynamischen Erklärung fähig sind. Die schizophrene Symptomatologie läßt sich nach *Greenacre* (11) dem Wesen nach in fünf Gruppen formulieren:

1. Entstellungen und Mißdeutungen tatsächlicher Ereignisse (Beziehungs- und Verfolgungsideen).
2. Beeinflussungs- und Passivitätsgefühle, wie sie sich in Automatismen, Gedankenlesen, elektrischer Beeinflussung und ähnlichen Phänomenen ausdrücken.
3. Halluzinationen.
4. Grobe Entstellungen des Körpergefühls und -bewußtseins.
5. Inkongruentes Verhalten, das entweder episodisch auftritt als groteske Streiche (antics) oder mehr hartnäckig als sprunghafte Manieriertheiten, aber nicht im Einklang mit oder motiviert durch einen vorherrschenden Affekt.

In einer Analyse „heilbarer Dementia praecox-Reaktionen" weisen *Strecker* und *Willey* (12) auf den Zusammenhang einer chronischen Geisteskrankheit in der Aszendenz mit den ungünstigen symptomatischen Erscheinungen einer gutartigen Psychose hin. Die Erforschung der Gesamtpersönlichkeit und der die Psychose auslösenden Situation sei besonders wertvoll für die Prognose. Sie betonen die Unterscheidung der auf fundamentaler Veranlagung beruhenden Absonderung des präpsychotischen Individuums von der Gesellschaft und des In-Sich-Zurückziehens als Verteidigung gegen eine feindliche Umgebung. Katatonische Erscheinungen können auf dem Wiederauftreten tiefeingewurzelter „Halsstarrigkeit" beruhen. Die Übergangsperiode von Geistesgesundheit zu Geisteskrankheit erweise sich als besonders kritisch, insofern als dann äußere Begebenheiten tiefe Eindrücke zu hinterlassen vermögen, die zu anscheinend bösartigen Symptomen verarbeitet werden können. *White* (13) vertritt die Meinung, daß die Dementia praecox durch einen Grundmechanismus der Psychoanalyse gekennzeichnet sei, nämlich die Regression. Die Symptome sind entweder an sich „regressiv" oder sie stellen, wie die transitorischen manischen Zustände, Versuche dar, der regressiven Tendenz zu entrinnen. Die Malignität der Psychose hängt von zwei Faktoren ab: einerseits von der Tiefe der Regression, andrerseits davon, ob die Regression „archaisches, d. h. phylogenetisches Material" einschließt.

Von den Arbeiten über die Pathologie der Dementia praecox möge nur eine herausgegriffen werden. *Lewis* (14) hat bei hebephrenen und katatonischen Dementia praecox-Zuständen eine Aplasie des Zirkulationsapparates und eine Atrophie der Gonaden (in Übereinstimmung mit *Mott*) gefunden, bei den „paranoiden kompensatorischen Reaktionen" einschließlich der Dementia praecox paranoides hingegen Veränderungen im Wachstum der Gewebe. Er geht so weit, anzunehmen, daß zwischen dem psychopathologischen Kompensationsmechanismus im Sinne *Kempfs* und den somatischen kompensatorischen Wachstumsänderungen eine direkte Beziehung bestehe.

Auf dem Gebiet der affektiven Psychosen hat *August Hoch* (15) in einem nach seinem Tode veröffentlichten Buch: „Gutartige Stuporzustände" einen „neuen manisch-depressiven Reaktionstypus" beschrieben. Ausgehend von *Kirbys* Arbeit über das katatonische Syndrom in seinen Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein (16) sieht *Hoch* im Stupor eine selbständige Phase des manisch-depressiven Irreseins. Er setzt das Verhältnis von vollständigem zu partiellem Stupor gleich dem Verhältnis

von Manie zu Hypomanie. Eine Manie könne ebenso wie in eine Depression in einen Stupor übergehen. Die Hauptsymptome des gutartigen Stupors sind extreme Apathie, Inaktivität, die „wahrscheinlich nur ein Ausdruck der Apathie ist", und Versunkenheit in Todesgedanken als dem vorherrschenden und oft ausschließlichen gedanklichen Inhalt. In der Apathie sieht *Hoch* den Hauptunterschied dieser Stuporzustände von extrem gehemmten Depressionen, die stets in Sprache und Gesichtsausdruck zeigen, daß sie leiden. *Strecker* (12) kritisiert mit Recht, daß die Umgrenzung dieser Stuporzustände von organisch bedingten nicht genügend sei, und die Unterscheidung gutartig oder bösartig aus dem Stupor allein wohl nicht möglich sei. In einer klinischen Studie über Psychosen charakterisiert durch „betrübte Ratlosigkeit" haben *Hoch* und *Kirby* (17) einige genaue Krankengeschichten veröffentlicht, aus denen sie ableiten, daß diese umschriebene Reaktion eine enge Beziehung zum manisch-depressiven Irresein habe, allerdings auch auf toxisch-infektiöser Grundlage, sowie bei der Dementia praecox (1 Fall) auftreten könne. In 6 von 7 Fällen war die Dauer (10 Tage bis 3 Monate) kürzer als bei den gewöhnlichen Formen des manisch-depressiven Irreseins. Die Verfasser glauben, daß eine schwere Denkhemmung allein die Ratlosigkeit beim manisch-depressiven Irresein nicht hervorrufen könne, wie *Kraepelin* dies annimmt, da es sich in diesen Fällen nicht so sehr um eigentliche Verwirrtheit, als um „subjektives Gefühl von Verwirrtheit" handle. Auch Ambitendenzen, den konstanten Wechsel von protagonistischen und antagonistischen Antrieben lehnen die Verfasser auf Grund ihrer Fälle im Gegensatz zu *Bonhoeffer* als Grundlage der Ratlosigkeit ab. *White* (18) sieht in dem Syndrom der „betrübten Ratlosigkeit" eine Bereicherung der Symptomatologie der exogenen Reaktionsweisen; das Syndrom könne als ein Beitrag für *Kraepelins* Hypothese von der „psychologischen Spezifizität" von Erkrankungen des Zentralnervensystems in Anspruch genommen werden. Auch die qualitative Spezifizität der psychischen Symptome bei der Encephalitis lethargica hält *White* im selben Sinne für bedeutungsvoll, wobei er besonders auf die von *Hohman* (19) beschriebenen Symptome von „Rededrang ohne Entstellungen" und „überraschende Munterkeit beim Aufrütteln aus dem Stupor", sowie die Lethargie selbst hinweist. *Singer* (20) hat für manisch-depressive Mischzustände klargelegt, daß sie nicht einfach als Mischungen formaler und als voneinander mehr oder weniger unabhängig angenommener Symptome aufzufassen sind. Die Mischzustände stellen vielmehr „affektive Schwingungen der Persönlichkeit" (*Adolf Meyer*) dar, die durch die Eigentümlichkeiten des Individuums bedingt sind. Die weitgehende Verfolgung dieser Anschauung führt zu der Möglichkeit einer genaueren, weniger schematischen Prognosenstellung, indem eben die Fälle, die gewisse ausgesprochene Eigentümlichkeiten in ihrem Verhalten zeigen, trotz ihrer formalen Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein unter Umständen eine infauste Prognose haben können. *Gregory* (21) beschreibt ganz kurze, wenige Stunden bis zu einigen Tagen dauernde manisch-depressive Anfälle, deren Erkenntnis meist nur durch das Hinzukommen eines exogenen Faktors, wie Alkoholismus, möglich sei. Diese Anfälle werden häufig rein beiläufigen exogenen Faktoren zugeschrieben. Wenn nicht durch Alkohol kompli-

ziert, werden sie häufig als Hysterie, psychische Epilepsie, Migräne, Neurasthenie betrachtet, wenn hypochondrische Beschwerden im Vordergrund stehen, als nervöse Dyspepsie und ähnliches. *Macdonald* (22) kommt auf Grund einer Analyse von 451 Fällen zu dem Schluß, daß die Prognose von depressiven Phasen gegenüber manischen insofern günstiger ist, als die freien Intervalle in der Regel länger zu sein pflegen und die Aussicht auf Ausbleiben weiterer Anfälle größer ist. Der Einfluß des Klimakteriums erscheint bei Frauen nicht größer als bei Männern, die Prognose von Anfällen in dieser Lebensperiode ist bei beiden Geschlechtern nicht verschieden. Konstitutionelle Defekte haben Beziehungen zu atypischen Formen, größerer Häufigkeit und einem Grad von „Entartung" (deterioration) im höheren Lebensalter. Psychische Faktoren spielen bei der Veranlassung der Krankheit eine Rolle, und eine verstehende Prophylaxe von individuellen Lebensschwierigkeiten scheint nicht so aussichtslos, als man nach der Lehre von der schicksalsmäßigen Wiederkehr der Anfälle annimmt. *Strecker* (23) untersuchte systematisch an 200 Fällen von Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein den Einfluß von „auslösenden äußeren Umständen", worunter er jede Situation versteht, die einen wahrscheinlichen oder einigermaßen möglichen Einfluß auf die Entstehung der Psychose haben kann. Bedeutsame und wichtige auslösende Faktoren waren zu 12% häufiger beim manisch-depressiven Irresein als bei der Schizophrenie. Erwähnenswert scheint mir der Befund, daß, wenn sich beim ersten manisch-depressiven Anfall ernste auslösende Faktoren aufzeigen ließen, spätere Anfälle ebenfalls anscheinend eine Genese vom selben Typus zeigten. Eine überwiegende Mehrzahl, 78,6%, der Rückfälle fand sich in den Fällen, bei denen psychogene auslösende Faktoren unwichtig oder abwesend waren. Diese Fälle zeigten hingegen häufiger erbliche Belastung und Abnormalitäten in der individuellen Veranlagung des Patienten. Auf Grund einer klinischen Analyse von 18 weiblichen Fällen ängstlicher Depressionen, d. h. Depressionen, bei denen der Affekt der Angst ein hervorstechendes Symptom darstellte, findet *Chapman* (24), daß sexuelle Faktoren ohne Zweifel eine große Rolle spielen, ätiologisch sowohl als auch symptomatisch in der Anwesenheit sexueller Erregung in dieser Psychose. Er warnt jedoch vor der Formulierung von Theorien auf Grundlage der Analogie mit Neurosen. *Barrett* (25) beschreibt Fälle mit neurologischen Symptomen einer progressiven Paralyse und psychischen Symptomen, die den gewöhnlichen Formen des manisch-depressiven Irreseins ähneln. Diese Fälle scheinen die Erfahrung zu bestätigen, daß Paralysefälle mit ausgesprochenen psychischen Symptomen einer Manie oder Depression eher zu Remisionen neigen. In einer noch nicht ganz abgeschlossenen statistischen Untersuchung hat *Pollock* (26) an einem umfangreichen Material aus den staatlichen Anstalten des Staates New York interessante Ergebnisse über die Zahl der Anfälle beim manisch-depressiven Irresein erhalten. Von 3247 männlichen Kranken (aus den Jahren 1910—1919) kamen zur Aufnahme:

im 1. Anfall	55,9%
im 2. Anfall	25,3%
im 3. Anfall	9,1%
im 4. Anfall	4,8%
im 5. Anfall	2,3%

An einem Material von 5191 weiblichen Kranken sind die Zahlen ganz ähnlich:

1. Anfall	57,8%
2. Anfall	23,8%
3. Anfall	9,7%
4. Anfall	4,2%
5. Anfall	2,1%

An einem Material von 541 Fällen, die in Staatlichen Anstalten New Yorks seit 1. Oktober 1909 starben, hat *Pollock* ebenfalls die Zahl der Anfälle ermittelt:

Nur 1 Anfall hatten	58,1%
2 Anfälle hatten	26,1%
3 Anfälle hatten	9,3%
mehr als 3 Anfälle hatten	6,5%

Diese Fälle hat *Pollock* in Altersgruppen eingeteilt und selbst für die Altersgruppe 50—54 Jahre (62 Fälle) ist das Ergebnis:

1 Anfall	49,6%
2 Anfälle	32,0%
3 Anfälle	11,2%
mehr als 3 Anfälle	7,2%

Es ist ungemein schwierig ein klares Bild von dem Einfluß des Prohibitionsgesetzes auf die alkohologenen Psychosen und psychopathischen Zustände zu gewinnen. Diese Schwierigkeiten können in Kürze nicht dargelegt werden. Es scheint mir jedoch, daß man feststellen kann, daß zuverlässige eindeutige und für das ganze Land gültige Statistiken noch nicht existieren, ferner daß etwa seit 1910 infolge der Temperenzbewegung, deren letzte Stufe das Prohibitionsgesetz darstellt, eine erhebliche Abnahme der Alkoholpsychosen einsetzte, die relativ für Frauen größer war als für Männer und im Jahre 1920 ihren tiefsten Punkt erreichte (*Pollock*) (27). In bezug auf das schwierige Problem des Zusammenhanges von Alkoholismus mit Epilepsie mag es von Interesse sein, daß der Staat Kansas mit seinem strikten Alkoholverbot, sowie die von den antialkoholischen Mormonen bewohnten Gebiete nach den Untersuchungen von *Davenport* (28) eine ganz exzeptionell geringe Anzahl von Epilepsie aufweisen.

Auf dem Gebiete der Psychoneurosen herrscht in der amerikanischen Literatur die Tendenz, zwischen Psychosen und Neurosen eine nicht zu scharfe Linie zu ziehen. Nach *Adolf Meyer* (29) stellen viele Neurosen eine tiefere Störung im allgemeinen Anpassungsgleichgewicht des Individuums dar als manche offenbare Psychosen. Es ist grundsätzlich angebracht, sie als kleine Psychosen (minor psychoses) den großen Psychosen (major psychoses) gegenüberzustellen. *E. L. Richards* (30) bespricht an einer Reihe von 45 Fällen chronisch hypochondrische Zustände, die sie als „Chronische Invaliden-Reaktion" zusammeufaßt. Ihre Darstellung stimmt mit *Reichardts* Anschauung (Lehrbuch S. 589) überein, daß man in vielen Fällen von Hypochondrie der diagnostischen Überzeugung Zwang antun müßte, wollte man sie ganz in der Nervosität oder anderen Diagnosen aufgehen lassen. *E. L. Richards* weist besonders auf

die Bedeutung der psychogenen Faktoren hin. Mehr als ein Drittel der Fälle wurden nach entsprechender Therapie als geheilt entlassen. Typisch für die eklektische Auffassung und Behandlung der Psychoneurosen scheint mir eine Arbeit von *Schwab* (31), der *Freud*, *Janet*, *Babinski* sowie die biologischen Theorien von angeborenen oder erworbenen Unzulänglichkeiten zur Erklärung dieser Zustände beigezogen sehen möchte. Derselbe Autor (32) gibt eine sorgfältig abwägende psychologische Analyse der Kriegsneurosen, in denen er spezifische Zustände sieht im Gegensatz zu *Dercum* (33), der die in therapeutischer Hinsicht sterile Theorie einer Neuropathie auf degenerativer Grundlage vertritt. Auf Grund seiner Erfahrungen im Kriege kommt *Schwab* (34) zu demselben Schluß wie *Nonne*, daß jeder Soldat unter gegebenen Umständen eine Kriegsneurose entwickeln könne.

Aus dem großen Bereich der Epilepsien seien die auf psychoanalytischer Basis stehenden Forschungen *Pierre Clarks* herausgegriffen. *Pierre Clark* (35) ist auf Grund einer großen Erfahrung zu einer wohl zu weitgehenden, psychologischen Erklärung der essentiellen Epilepsie gekommen, der jedoch wahrscheinlich eine viel zu weitgehende Vernachlässigung psychologischer Faktoren anderer Autoren entspricht. Den primären Defekt sieht er in dem Instinktleben des Individuums, in anderen Worten in der „epileptischen Konstitution". Sie ist ausgezeichnet durch eine besonders grobe Form von Egoismus, große Empfindlichkeit und durch Dürftigkeit des Affektlebens. Diese Charakterdefekte, auch die Schwerfälligkeit (slowness), finden sich lange Zeit vor dem Eintreten der Anfälle und stehen, wenn auch bis zu einem gewissen Grade mit den Anfällen zusammenfallend, in keinem kausalen Verhältnis zu ihnen. *Clark* gibt eine Beschreibung der Entwicklung des kindlichen epileptischen Charakters, wobei er u. a. auf tief-eingewurzelte sadistische Instinkte hinweist. Infolge ihrer defektiven Veranlagung finden sich Epileptiker besonders angreifenden Anpassungsschwierigkeiten gegenüber. Das Versagen in diesem Kampf stellt der epileptische Anfall dar, der psychologisch als ein „protektives Phänomen" aufgefaßt wird. *Clark* glaubt, daß grand mal-Anfälle in ihrer Genese etwas Ähnliches darstellen, nur in ungemein übertriebener und entstellter Weise, wie die impulsiven Bewegungen des Foetus in der 12. Woche. Bei letzteren stehe fest, daß die Hirnrinde noch nicht beteiligt sein könne, und daß sie in motorischen Zentren niederer Ordnung entstehen müssen. Nach unvollkommenen Anfällen kann man beobachten, daß der Patient häufig unbewußte Konflikte ausdrückt, deren Lösung er in einem unbewußten Streben nach der Kindheit zurück auf „regressivem" Wege sucht. *Clark* (36) betont auf Grund dieser Anschauungen den Wert der Psychotherapie bei der essentiellen Epilepsie, deren Prognose weniger in der Häufigkeit der Anfälle als in der geistigen Beschaffenheit des Individuums gegeben sei.

Wertvolle Arbeit ist auf dem Gebiet des jugendlichen Schwachsinns, der Psychopathie und Kriminalität geleistet worden. Auf diesem Gebiete hat sich das pragmatische Bestreben, nach korrigierbaren Umgebungseinflüssen zu forschen, in bahnbrechender Weise fruchtbar erwiesen, wobei hier nur auf die Namen *Goddard*, *Healy*, *Bailey*, *Fernald*, *Campbell*, *Glueck* hingewiesen werden kann. Ein Sammelpunkt derartiger Arbeit

ist die Mental Hygiene-Bewegung geworden, die in einer weitverzweigten Organisation besonders die Prophylaxe geistiger Erkrankungen durch rechtzeitige Behandlung frühjugendlicher leichterer Entgleisungen fördern will. Durch Organisation koordinierter Arbeit von Internisten, Psychiatern, Psychologen und Psychoanalytikern und des in Amerika zu einer hohen Stufe entwickelten „psychiatrischen sozialen Hilfsdienstes" hat sie Vieles geleistet, wobei allerdings bei der praktischen Arbeit die eigentliche klinische Psychiatrie leider nicht so sehr im Vordergrund zu stehen scheint.

Um das Gebiet der Therapie wenigstens zu streifen, wobei besonders die Psychotherapie und die Fortschritte in der Behandlung der Syphilis des Zerebralnervensystems hier ganz außer acht gelassen werden müssen, seien die Arbeiten von *Cotton* (37) über fokale Infektionen bei Geisteskrankheiteu erwähnt. Wenngleich derartige Infektionen sicherlich unter Umständen pathoplastische Bedeutung annehmen können, so ist doch methodologisch und therapeutisch *Cottons* Verfahren, wie dies besonders *Kopeloff* und *Kirby* (38) klargelegt haben, von einer in ganz engen Grenzen richtigen Erfahrung ausgehend weit über das Ziel hinausgeschossen. Die zahlreichen Zahnextraktionen, Tonsillektomien und Colektomien stellen eine Ausartung pragmatischer Einstellung dar.

Literatur.

1. *Woodworth, Robert S.*: Dynamic Psychology, New York, 1922.
2. *Meyer, Adolf*: Objective Psychology or Psychobiology, Jour. Am. Med. Assn., Sept. 4, 1915.
3. *Meyer, Adolf*: The aims and meanings of psychiatric diagnosis, Am. Jour. Insan., 1917, IXXIV.
4. *Kempf, E. F.*: The mechanistic classification of neuroses and psychoses produced by distortion of the autonomic affective functions, Jour. Nerv. and Men. Dis., 1919, L.
5. *Meyer, Adolf*: An attempt at analysis of the neurotic constitution, Am. Jour. Psycho., 1903.
6. *Hoch & Amsden*: A guide to the descriptive study of the personality, State Hosp. Bull., Nov. 1913.
7. *Potter, H. W.*: Personality in the mental defective, with a method for its evaluation, Mental Hygiene, July 1922, VI.
8. *Amsden, G. S.*: Systematic Study of the personality in estimating adaptability, Arch. Neur. u. Psych., 1919, No. 3, I.
9. Derselbe: The practical value of the study of personality in mental disorders, Am. Jour. Psychi., April 1923, II.
10. *Meyer, Adolf*: Constructive Formulation of Schizophrenia, Am. Jour. Psychi., 1922, No. 3, 1.
11. *Greenacre, Ph.*: The content of the schizophrenic characteristics occurring in affective disorders, Am. Jour. Insan., 1918, No. 2, IXXV.
12. *Strecker & Willey*: An analysis of recoverable „Dementia praecox" reactions, Am. Jour. Psychi., 1924, No. 4, III.
13. *White, W. A.*: Some considerations bearing on the diagnosis and treatmen of Dementia praecox, Psychoanal. Rev., 1921, VIII.
14. *Lewis, N. D. C.*: Constitutional factors in Dementia praecox, Nerv. et Men. Dis. Monograph Series, 1924, No. 35.

15. *Hoch, August*: Benign stupors — a study of a new manic-depressive reaction type, New York, 1921.
16. *Kirby, G. H.*: „The Catatonic Syndrome and its relation to Manic-depressive Insanity", Jour. Nerv. et Men. Dis., 1913, No. 11, XI.
17. *Hoch & Kirby*: A Clinical Study of psychoses characterized by distressed perplexity, Arch. Neur. et Psych., 1919, I.
18. *White, W. A.*: Outlines of Psychiatry, Neunte Auflage, Washington, 1923, p. 272.
19. *Hohman, L. B.*: Epidemic Encephalitis (lethargic encephalitis): Its psychotic manifestations with a report of 23 cases, Arch. Neur. et Psych., September 1921, VI.
20. *Singer, H. Douglas*: The so-called mixed states and atypical forms of manic-depressive insanity, Am. Jour. Insan., 1915, No. 4, IXXI.
21. *Gregory, M. S.*: Transient attacks of manic-depressive insanity, Med. Rec., Dec. 18, 1915, IXXXVIII.
22. *Macdonald, B.*: Prognosis in manic-depressive insanity, Jour. Nerv. et Men. Dis., Jan. 1918, XIVII.
23. *Strecker, Edward A.*: A preliminary study of the precipitating situation in 200 cases of mental disease, Am. Jour. Psychi., April 1922, I.
24. *Chapman, R. M.*: The etiology of anxious depressions, N. Y. State Hosp. Bull., 1913—14, VI.
25. *Baretti, Albert M.*: Syphilitic psychoses associated with manic-depressive symptoms and course, Jour. Am. Med. Assn., Dec. 2, 1916, IXVII.
26. *Pollock, H. M.*: Persönliche Mitteilung.
27. Derselbe: Alcoholic Psychoses before and after Prohibition, Mental Hygiene, 1922, VI.
28. *Davenport, C. B.*: Racial and geographic distribution of Epilepsy, Arch. Neur. et Psych., May 1923, IX.
29. *Meyer, Adolf*: Inter-relations of the domain of neuro-psychiatry, Arch. Neur. et Psych., August 1922, VIII.
30. *Richards, Esther L.*: A Study of the Invalid Reaction, Arch. Neur. et Psych., 1919, II.
31. *Schwab, Sidney I.*: The newer concepts of the neuroses; An estimate of their clinical value, Am. Jour. Med. Sc., Sept. 1917, CLIV.
32. Derselbe: The war neuroses as physiologic conversations, Arch. Neur. et Psych., May 1919, I.
33. *Dercum, Francis X.*: So-called „Shell Shock": The Remedy, Arch. Neur. et Psych., Jan. 1919, I.
34. *Schwab, Sidney I.*: The influence of war upon concepts of mental and nervous diseases, Mental Hygiene, 1920, IV.
35. *Clark, L. Pierce*: Is essential epilepsy a life reaction disorder? Am. Jour. Med. Sc., Nov. 1919, CIVIII.
36. Derselbe: Some suggestions for more accurate mental therapy in epilepsy, Jour. Am. Med. Assn., July 27, 1918, IXXI.
37. *Cotton, Henry A.*: The defective delinquent and insane. The relation of focal infections to their causation. Treatment and prevention. Princeton Univ. Press, 1921.
38. *Kopeloff & Kirby*: Focal infection and mental disease, Am. Jour. Psychi., October 1923, III.

Kleinere Mitteilungen.

Die diesjährige Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie findet am Dienstag 1. und Mittwoch 2. September in Kassel statt. Am 31. 8. abends Begrüßung. Vortragsanmeldungen an Dr. *Ilberg* in Sonnenstein bei Pirna (Sa.). Weitere Mitteilungen folgen. –

Die Gesellschaft deutscher Nervenärzte tagt ebenfalls in Kassel. Begrüßungsabend Mittwoch 2. September. Als Sitzungstage sind Donnerstag 3., Freitag 4. und Sonnabend 5. September in Aussicht genommen. Vortragsanmeldungen an Dr. *Kurt Mendel* in Berlin, Augsburger Straße.

Wie Professor Dr. *G. E. Müller* mitteilt, findet der 9. Kongreß für experimentelle Psychologie am 21. bis 24. April 1925 (Montag den 20. April Begrüßungsabend) zu München statt. Folgende Sammelreferate werden erstattet werden: *K. Bühler*, Über die Instinkte des Menschen. *A. Gelb*, Die psychologische Bedeutung der pathologischen Störungen der Raumwahrnehmung. *H. Volkelt*, Fortschritte der experimentellen Kinderpsychologie.

Anmeldungen von Vorträgen sind an Prof. Dr. *E. Becher*, München, Schackstr. 4 o. r., Anfragen betreffend Wohnung u. dergl. an Dr. *Oskar Mann*, München, Ohlmüllerstr. 5 III, zu richten.

Die Mitglieder der Gesellschaft haben für 1924 3 M., für 1925 7 M., die nicht zur Gesellschaft gehörenden Kongreßteilnehmer 10 M. zu zahlen; Studierende die Hälfte. Mitglieder erhalten den Kongreßbericht zu einem ermäßigten Preise. —

Der 4. internationale Kongreß für Unfallheilkunde und Berufskrankheiten findet Anfang September 1925 in Amsterdam statt. Interessenten können Näheres bei Prof. Dr. *Liniger* in Frankfurt a. M. erfahren. —

In Berlin konstituierte sich auf Dr. *A. Molls* Anregung eine Arbeitsgemeinschaft für praktische Psychologie, die es sich zur Aufgabe setzt, Fachleute auf den Grenzgebieten zwischen Psychologie, Medizin, insbesondere Psychiatrie, Pädagogik, Technik, Volkswirtschaft und Rechtswissenschaft zu positiver Arbeit zu vereinen. Anmeldungen an Dr. *Schulte*, Spandau, Preußische Hochschule für Leibesübungen. —

Der Professor der Physiologie Dr. *Luckhardt*-Chikago berichtete auf dem medizinisch-biologischen Abend in Frankfurt a. M. über seine Untersuchungen an der Schilddrüsen und Epithelkörperchen beraubten Hunden und deren Gesunderhaltung durch Kalkzufuhr.

Parapsychologie. — Unter Mitwirkung von Professor Dr. *Driesch* (Leipzig), Dr. Graf *Keyserling* (Darmstadt), Prof. Dr. *Oesterreich* (Tübingen) und Dr. Freiherrn *A. v. Schrenck-Notzing* (München) gibt Dr. *W. v. Wasielewski* (Sondershausen) im Verlage von Carl Marhold in Halle a. S. unter dem Titel „Parapsychologie" eine neue Sammlung von „Beiträgen zur wissenschaftlichen Erforschung des Okkultismus" heraus. Das Unternehmen will „den Weg finden zwischen den Klippen einer rein physiologisch-materialistisch gegründeten, in unfruchtbarer Enge und Selbstbindung erstickenden sogenannten Seelenlehre einerseits und einem zügel- und kritiklosen, ins Phantastische ausartenden Aberglauben andererseits".

Personalnachrichten.

Verstorben:

Geheimer Medizinalrat Professor Dr. *von Strümpell*-Leipzig,
Dr. *Ullmann* in Lüben i. Schl.

In den Ruhestand tritt:

Professor *Gustav Wolf*, ord. Professor der Psychiatrie und Direktor der kantonalen Irrenanstalt Basel.

Versetzt wurden:

Anstaltsarzt Dr. *Küffner* von Kutzenberg nach Bayreuth,
Oberarzt Dr. *von Schleiß-Löwenfeld* von Haar nach Eglfing.

Eingetreten:

Assistenzarzt Dr. *Schulze-Kahleiß* in die Staatskrankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg.

Ernannt wurden:

Dr. *Schlegel* zum Oberregierungs-Medizinalrat und Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf,
Dr. *Schwarz*-Bayreuth zum Direktor der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg,

Geheimer Medizinalrat Dr. *Ganser*-Dresden zum Ehrenmitglied des sächsischen Landesgesundheitsamts,

Professor Dr. *Mingazzini*-Rom zum Ehrenmitglied der neurologischen Gesellschaft in Hamburg,

Professor Dr. *Oskar Vogt*, Direktor des Kaiser Wilhelm-Instituts für Hirnforschung in Berlin, zum Ehrenprofessor der medizinischen Fakultät in Oporto,

Kultusminister Professor Dr. med. et phil. *Helpach* zum Staatspräsidenten von Baden.

Dem Anstaltsdirektor Dr. *Bodt* der Heil- und Pflegeanstalt St. Getreu bei Bamberg wurde der Titel Sanitätsrat verliehen.

Stadtmedizinalrat Dr. *Schob* habilitierte sich an der technischen Hochschule Dresden für das Fach der Psychopathologie des Kindes.

Professor Dr. *Jahnel*-Frankfurt a. M. hat den Ruf an die deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie in München angenommen.

Es habilitierte sich an der Universität Wien Dr. *Ernst Spiegel* für normale und pathologische Anatomie und Physiologie des Nervensystems.

Das Sanatorium Suderode (Harz), (früher Dr. *Facklam*), übernahm Dr. *Kaltenbach*, bisher Assistenzarzt an der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.

Deutsche Literaturzeitung

für Kritik der internationalen Wissenschaft

Herausgegeben vom Verbande der deutschen Akademien der Wissenschaften (Berlin, Göttingen, Heidelberg, Leipzig, München und Wien).

Redaktionsausschuß:

Adolf v. Harnack, Arrien Johnsen,
Paul Kehr, Heinrich Lüders, Heinrich Maier,
Eduard Meyer, Walther Nernst, Albrecht Penck, Max Planck,
Ulrich Stutz, Ulrich v. Wilamowitz-Moellendorf,
unter Vorsitz von Julius Petersen

Schriftleiter:

Professor Dr. PAUL HINNEBERG, Berlin

Wöchentlich ein Heft. Jedes Heft einzeln M. 1.25
Vierteljährlich M. 12.—. Monatlich M. 4.50

Die umfassendste kritische Fachzeitschrift

WALTER DE GRUYTER & CO.
BERLIN W 10 UND LEIPZIG

Soeben erschienen:

Minerva

Jahrbuch der Gelehrten Welt

Unter redaktioneller Mitarbeit von

DR. FRITZ EPSTEIN

Herausgegeben von

DR. GERHARD LÜDTKE

SIEBENUNDZWANZIGSTER JAHRGANG

1925

PREIS: M. 40.—

Der 27. Jahrgang dieses Jahrbuches hat eine vollständige Umarbeitung und Neugestaltung erfahren. Das Format des Buches ist vergrößert, die innere Anordnung ist in jeder Beziehung übersichtlicher gestaltet. Der neue Band hat einen Umfang von einhundertdreißig Bogen. Das Register umfaßt etwa 70000 Namen. Schon daraus ist ersichtlich, daß die neue „Minerva", was die Vollständigkeit angeht, jeden der früheren Jahrgänge übertrifft. Es ist möglich gewesen, alle Beziehungen nach dem Auslande wieder anzuknüpfen, so daß die „Minerva" über die Universitäten, Technischen Hochschulen und sonstigen Lehranstalten, über Bibliotheken, Archive, Museen, gelehrte Gesellschaften der ganzen Welt eingehenden Aufschluß gibt. Nicht nur die Wissenschaft hat an dem Jahrbuch Interesse, sondern auch die gesamte in- und ausländische Industrie, weil es eine erschöpfende Fundgrube für die Versendung von Ankündigungen darstellt.

WALTER DE GRUYTER & CO.

BERLIN W 10 UND LEIPZIG

Medical Lib

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURBERICHT ZU BAND LXXXI

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1923

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

VORMAL. DIREKTOR DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

AUSGEGEBEN AM 9. FEBRUAR 1927

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

1927.

Walter de Gruyter & Co. Berlin W 10 und Leipzig
Postscheckkonto: Berlin NW 7 Nr. 595 33

Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Von Karl Kleist, Professor der Psychiatrie und Neurologie an der Univ. Frankfurt a. M. Oktav. III, 41 Seiten. 1925. 1.50

Die Literatur der Psychiatrie, Neurologie und Psychologie von 1459 bis 1799. Mit Unterstützung der Kgl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin herausgegeben von Professor Dr. Heinrich Laehr. Drei Bände. Groß-Oktav. 80.—

I. Band: Die Literatur von 1459—1699. IX, 751 Seiten. 1900.

II. Band, 1. Hälfte: Die Literatur von 1700—1799. 1900.

III. Band: Register der Bände I und II. 271 Seiten. 1900.

Forensische Psychiatrie. Von Prof. Dr. W. Weygandt, Direktor der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg.

I. Teil: Straf- und zivilrechtlicher Abschnitt. 145 Seiten. 1908. (*Sammlung Göschen Bd.* 410.) Geb. 1.50

II. Teil: Sachverständigentätigkeit. 166 Seiten. 1921. (*Sammlung Göschen Bd.* 411.) Geb. 1.50

Die großen Probleme in der Geschichte der Hirnlehre. Akademische Antrittsvorlesung. Von Professor Dr. August Döllken in Leipzig. Groß-Oktav. 32 Seiten. 1911. 1.20

Die körperlichen Erscheinungen des Delirium tremens. Klinische Studien. Von Professor Dr. August Döllken in Leipzig. Mit zahlreichen Figuren. Lexikon-Oktav. IV, 76 Seiten. 1901. 3.—

Grundzüge der Irrenpflege für Studierende und Ärzte. Von Dr. O. Snell. Oktav. VIII, 132 Seiten. 1897. 2.—

Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Von Dr. Gust. Aschaffenburg, o. Professor an der Universität Köln. Groß-Oktav. 288 Seiten. 1912. 6.—

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Wiesloch, KLEIST-Frankfurt a. M., LAEHR-Wernigerode, MERCKLIN-Treptow a. R., PERETTI-Grafenberg.

DURCH

GEORG ILBERG

SONNENSTEIN BEI PIRNA A. E.

EINUNDACHTZIGSTER BAND

LITERATURHEFT

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1927

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1923

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

VORMAL. DIREKTOR DER HEIL- UND PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

LITERATURHEFT

ZUM 81. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG VERLAGS-BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

1927

1. Psychologie und Psychophysik.

Ref.: E. Hirt, München-Pasing.

1. *Ahlenstiel, Heinz* (Berlin), Über die Stellung der Psychologie im Stammbaum der Wissenschaften und die Dimension ihrer Grundbegriffe. Berlin, S. Karger. 56 S. 1,40 M.
2. *Binswanger, Ludw.* (Kreuzlingen), Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie. Berlin, J. Springer. 380 S.
3. *Bleuler, E.* (Zürich), Biologische Psychologie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 554. (S. 12*.)
4. *Blumenfeld, W.*, Untersuchungen über die Formvisualität. II. Ztschr. f. Psychol. Bd. 91. Heft 3—5. (S. 7*.)
5. *Bumke, O.* (Leipzig), Psychologische Vorlesungen für Hörer aller Fakultäten. 2. Aufl. München, J. F. Bergmann. 168 S.
6. *Burkamp, Wilhelm*, Die Kausalität des psychischen Prozesses und der unbewußten Aktionsregulierung. Berlin, J. Springer, 1922.
7. *Chiba Tanenari*, Über die Asymmetrie der Unterschiedsempfindlichkeit. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92. Heft 3 u. 4. (S. 16*).
8. *Christoffel, Hans* (Basel), Affektivität und Farben, speziell Angst und Helldunkelerscheinungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82, S. 46.
9. *Dercum, Francis D.*, Versuch einer Psychologie des Denkens auf biologischer, physikalischer und chemischer Grundlage. Autorisierte Übersetzung von *Alexander Pilcz*. Leipzig u. Wien. 75 S.
10. *Ehrenwall, Hans* (Prag), Versuche zur Zeitauffassung des Unbewußten. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 45, H. 1/2, S. 144.
11. *Eliasberg* (München), Die Schwierigkeit intellektueller Vorgänge: ihre Psychologie, Psychopathologie und ihre Bedeutung für die Intelligenz- und Demenzforschung. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 12, H. 1 u. 2.
12. *Freiling, H.* und *Jaensch, E. R.*, Der Aufbau der räumlichen Wahrnehmungen. Z. f. Psychol. Bd. 91, Heft 6. (S. 9*.)
13. *Friedländer*, Prof. Dr. *A. A.*, Eigenes und Fremdes zu der *Freud*schen Psychoanalyse. Ztschr. f. angew. Psychol. Bd. 22.
14. *Fröbes*, S. J., *Josef*, Lehrbuch der experimentellen Psychologie Bd. 1, 2 u. 3. umgearb. Aufl. Freiburg i. Br., Herder & Co. 630 S. (S. 18*.)

15. *Fuchs, Wilhelm*, Experimentelle Untersuchungen über das simultane Hintereinandersehen auf derselben Sehrichtung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 91, Heft 3 5. (S. 5*.)
16. *Derselbe*, Experimentelle Untersuchungen über die Änderung von Farben unter dem Einfluß von Gestalten (Ausgleichungserscheinungen). Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, Heft 5 u. 6. (S. 6*.)
17. *Gans, A.* (Santpoort, Holland), Hat das Psychische Intensität? Psychen neurolog. Bl. Nr. 3/4, p. 178. (Holländisch.)
18. *Gelb, Adhémar* und *Granit, Ragnar*, Die Bedeutung von „Figur" und „Grund" für die Farbenschwelle. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93. Heft 1 u. 2.
19. *Haupt, Johannes*, Zur Frage der Hypnotisierbarkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2. (S. 17*.)
20. *Haupt, Johannes* (Waldfrieden-Finsterwalde), Zur Psychologie des hypnotischen Zustandes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 160. (S. 17*.)
21. *Hazelhoff, F. F.* und *Wiersma, Heleen*, Untersuchungen über die Frage der sensorischen Asymmetrie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 91, H. 6. (S. 16*.)
22. *Hegge, T. G.*, Über Komplexbildung in verschiedenen Gebieten der Gedächtnistätigkeit. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 3—6.
23. *Henning, Hans*, Starre eidetische Klang- und Schmerzbilder und die eidetische Konstellation. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 3 u. 4. (S. 15*.)
24. *Derselbe*, Eine neuartige Komplexsynästhesie und Komplexzuordnung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 3 u. 4. (S. 15*.)
25. *Derselbe*, Ein neuartiger Tiefeneindruck. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 3 u. 4. (S. 15*.)
26. *v. Hentig, Hans* (München), Zur Psychologie der sozialen Schichtung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 450.
27. *Hermann-Cziner, Alice*, Experimentelle Untersuchungen zum Problem des Verstehens. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 1 u. 2. S. 13*.)
28. *Hesnard, A.*, La néoproductivité psychique morbide. (Esquisse d'une psychologie autonome.) Bull. méd. Ann. 37, Nr. 14, p. 93.
29. *Hildebrandt, Kurt* (Berlin), Die philosophischen Grundgedanken in *Wernickes* System. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 209.
30. *Isserlin, M.*, Über Störungen des Gedächtnisses bei Hirngeschädigten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1/3.
31. *Derselbe*, Psychiatrie und Heilpädagogik. Ztschr. f. Kinderforschung Bd. 28, H. 1.
32. *Jaensch, E. R.*, Beziehungen von Erlebnisanalyse und Sprachwissenschaft, erläutert an den Verben der sinnlichen Wahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. Bd. 91, H. 6. (S. 10*.)

33. *Jaensch, E. R.*, Der Umbau der Wahrnehmungslehre und die Kantischen Weltanschauungen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 1 u. 2. (S. 10*.)
34. *Derselbe*, Wahrnehmungslehre und Biologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 3—6. (S. 11*.)
35. *Derselbe*, Ausblicke auf kulturphilosophische und pädagogische Fragen und die Jugendbewegung unserer Zeit. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 3—6. (S. 11*.)
36. *Jeliffe, Smith Ely*, Paleopsychology. A tentative sketch of the origin and evolution of symbolic function. I^th Paper. Theoretical considerations. Psychoanalytic. rev. Vol. 10, Nr. 2, p. 121.
37. *Kafka, Gustav*, Handbuch der vergleichenden Psychologie. Bd. 1—3. München, E. Reinhardt, 1922. 526, 513, 515 S.
38. *Katz, D.* und *Toll, A.*, Die Messung von Charakter- und Begabungsunterschieden bei Tieren (Versuche an Hühnern). Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 3—6.
39. *Katz, D.*, Kleine Beiträge zur angewandten Tierpsychologie. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 3—6.
40. *Kauffmann, Max*, Suggestion und Hypnose. 2. vollständig umgearbeitete Aufl. Berlin, J. Springer. 136 S.
41. *Kollaritz, Jenö* (Davos), Sprachpsychologische Notizen. Arch. f. d. ges. Psychologie Bd. 44, H. 1/2, S. 168.
42. *Korte, Wilhelm*, Über die Gestaltauffassung im indirekten Sehen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 1 u. 2.
43. *Kraepelin, E.* (München), Gedanken über die Arbeitskurve. Psychol. Arb. Bd. 7, H. 4, S. 53.
44. *Kronfeld, Arthur* (Berlin), Zur Phänomenologie und theoretischen Psychologie der individuellen Kultur. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 245.
45. *Küppers, E.* (Freiburg i. Br.), Über den Ursprung und die Bahnen der Willensimpulse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 3, S. 274.
46. *Kurella, Hans Victor*, Über die *Roggesche* Theorie der Wortumbildung und ihre Bedeutung für die Psychologie. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 337.
47. *Marbe, Karl*, Über den Okkultismus. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 5 u. 6. (S. 16*.)
48. *Mott, Frederik W.* (London), A British Medical Association lecture on psychology and medicine. British med. journal Nr. 3245.
49. *Müller, G. E.*, Über *Jaenschs* Zurückführung des Simultankontrastes auf zentrale Transformation. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 1 u. 2.
50. *Neumann, Wilh.* (Baden-Baden), Parapsychologie. München. med. Wschr. Nr. 44, S. 1344.
51. *Petrowski, N.* (Moskau), Zur Frage des Realitätsbewußtseins. Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psych. Bd. 2, S. 34. (Russisch.)

52. *Pfister*, Zur Psychologie des philosophischen Denkens. Schriften zur Seelenkunde u. Erziehungskunde. Bern, Bircher.
53. *Pick, A.* (Prag), Sprachpsychologisches und andere Studien zur Aphasielehre. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 12, H. 1 u. 2.
54. *Plaßmann, I.*, Psychologische Erfahrungen mit einem Zeitsignal. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 5 u. 6.
55. *Plank, Max*, Kausalgesetz und Willensfreiheit. Berlin, Jul. Springer. 52 S.
56. *Poppelreuter, W.* (Bonn), Zur Psychologie und Pathologie der optischen Wahrnehmung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 26.
57. *Rorschach, H.* (Herisau) †, Zur Auswertung des Formdeutungsversuches für die Psychoanalyse. — nach dem Tode des Verfassers herausgegeben von *E. Oberholzer* (Zürich). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 240.
58. *Rülf*, (Bonn) Das Problem des Unbewußten. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 379. (S. 17*.)
59. *Schilder, P.*, Seele und Leben. Berlin, J. Springer. 200 S.
60. *Schilder, P.* (Wien), Über den Wirkungswert psychischer Erlebnisse und über die Vielheit im Quellgebiet der psychischen Energie. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 1.
61. *Schjelderup-Ebbe, Thorleif*, Weitere Beiträge zur Sozial- und Individualpsychologie des Haushuhns. Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, Heft 1 u. 2. (S. 12*.)
62. *Derselbe*, Aufmerksamkeit bei Mücken und Fliegen. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 3—6. (13*.)
63. *Derselbe*, Beiträge zur Analyse der Träume. Ztschr. f. Psychol. Bd. 93, H. 3—6. (S. 13*.)
64. *Stern, Erich* (Gießen), New ways of investigating the problem of personality. Psyche, Vol. 3, Nr. 4.
65. *Stranski, E.* (Wien), Psychiatrie und Philosophie. Eine Entgegnung auf *Hildebrandts* Vortrag „Medizin und Philosophie". (Gl. Ztschr.) Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 5/6, S. 253.
66. *Vogtländer, Else*, Über die „Art" eines Menschen und das Erlebnis der „Maske". Ztschr. f. Psychol. Bd. 92, H. 5 u. 6. (S. 16*.)
67. *Weinberg, A. A.* (Groningen, Holland), Psyche und unwillkürliches Nervensystem. Ein Versuch zu einer psychophysischen Theorie. I. u. II. Mitteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4/5, S. 543; Bd. 86, H. 3, S. 375.
68. *Wells, F. L.*, Psychology in medicine. American journ. of psych. Vol. 2, Nr. 3, p. 451.
69. *Wheeler, Raymond Holder*, Some problems of meaning. American journ. of psychol. Vol. 34, Nr. 2, p. 185.

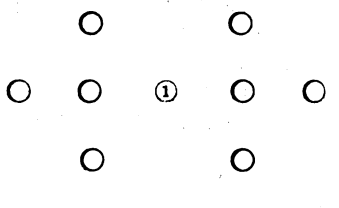
Unter den noch ungelösten Problemen der Tiefenwahrnehmung erhebt sich u. a. die Frage, ob es auf derselben Sehrichtung ein simultanes Hintereinander gebe. Wenn wir z. B. durch ein durchsichtiges Objekt hindurch einen dahinter befindlichen zweiten Gegenstand zu sehen glauben, sehen wir dann wirklich gleichzeitig vorne die durchaus geschlossene Gestalt des einen, dahinter die ununterbrochenen Grenzlinien und Flächen des anderen Objektes? oder sehen wir vom vorderen Objekte nur Teile und durch Lücken zwischen diesen Teilen hindurch Bruchstücke des zweiten Objektes, während unsere Auffassung diese Teilstücke zu Gegenständen zusammenfaßt? Insbesondere aber ist es fraglich, ob wir beim Sehen mit einem Auge imstande sind, zwei genau hintereinander befindliche, also dieselbe Netzhautstelle treffende (verschiedenfarbige) Reize auseinanderzuhalten und beim Sehen mit beiden Augen die gleichzeitige Reizung korrespondierender Netzhautpunkte durch verschiedene Lichtreize nach ihrer Farbe zu sondern. *Helmholtz* hat die Möglichkeit des simultanen Hintereinandersehens behauptet, *Hering* dagegen die Meinung vertreten, daß die Einheit der Farbe und die Einheit der Sehrichtung zwangsweise verbunden seien.

Wilhelm Fuchs hat diese Fragen im Frankfurter psycholog. Institut unter Benutzung der Wertheimerschen Gestalttheorie experimentell bearbeitet (15). Mit Hilfe eines Zuspiegelungsapparates wurden Spiegelbilder von farbigen Flächenfiguren in vorn oder hinten direkt gesehene Objekte projiziert. Der Abstand der beiden Objekte wurde durch die Neigung des Spiegels variiert. Die Größe der direkt gesehenen Gegenstände und der Spiegelbilder war teils gleich, teils kleiner oder größer. Ein Teil oder mehrere Teile der einen Fläche ragten über die Längs- oder Querkante der anderen Fläche über. Die Fixation und Akkommodation konnten entweder beliebig sein oder es war vorgeschrieben: Akkomodation auf die hintere Fläche, Akkomodation auf die vordere Fläche, Blickwanderung zwischen beiden Flächen.

Waren nun im Sehraum beide Flächen gleich groß und deckten sich alle ihre Konturen, so wurde unbeeinflußt durch den objektiven Tiefenunterschied nur eine Fläche in der Mischfarbe der Einzelflächen gesehen. Wenn die kleinere Fläche — gleichgiltig ob direkt gesehen oder gespiegelt — vor der größeren erscheint, so ist sie stets undurchsichtig und verdeckt einen entsprechenden Teil der hinteren, größeren Fläche. In allen anderen Fällen läßt sich Durchsichtigkeit der vorderen Fläche erzielen. Es wird also z. B. hinter einer durchsichtigen, geschlossenen blauen Fläche gleichzeitig ein gelbes Rechteck gesehen. Um diesen Eindruck des gleichzeitigen Hintereinander zu gewinnen, ist es nötig, beide Flächen als Ganzgestalten herauszufassen. Wird dagegen der sehrichtungsgleiche („gemeinsame") Teil beider Flächen für sich herausgefaßt, so gibt es keine Durchsichtigkeit und kein Hintereinander, sondern nur Mischfarbe. Am ausgesprochensten ist der Eindruck der Durchsichtigkeit dann, wenn jede der beiden „Gestalten" die andere teilweise seitlich überragt und das gemeinsame Feld sich nicht als besondere Gestalt hervordrängt. Ist dagegen letzteres der Fall, so sieht man an der betreffenden Stelle nur die Mischfarbe und Durchsichtigkeit fehlt. Auch sonst verschwindet die Durchsichtigkeit der vorderen Fläche,

wenn ihr „Ganzgestalteindruck" verlorengeht, z. B. beim Versuch festzustellen, ob vor herausgefaßten Punkten in derselben Sehrichtung etwas liegt. Besonders interessant sind die Versuchsergebnisse, wenn man die gegenseitige Lage der beiden Flächen subjektiv ändert bzw. völlig verkehrt (invertiert). Eine kleinere vordere, die hintere größere nirgends überragende Fläche erscheint, wie oben berichtet, undurchsichtig. Nach Inversion ihrer Lage ist die größere Fläche innerhalb des sehrichtungsgleichen Bezirkes durchsichtig. Invertiert man ohne Spiegelbilder, z. B. einen objektiv vorn liegenden gelben und einen ihn kreuzenden hinteren blauen Papierstreifen, so wird bei prägnanter Ganzgestaltauffassung der tatsächlich verdeckte Bezirk der blauen Fläche mit voller sinnlicher Lebhaftigkeit im Sinne der Ganzgestalt ergänzt. Der ergänzte Teil erscheint durchsichtig, so daß hinter der blauen Ganzfläche die ganze gelbe Fläche gesehen wird. Die Farbe der Objekte in ihren sehrichtungsgleichen Gebieten wird stark beeinflußt von der Farbe der überragenden Teile. In günstigen Fällen erscheint sowohl das durchsichtige, als auch das hindurchgesehene Objekt in sich gleichmäßig gefärbt.

Der Änderung von Farben unter dem Einfluß von Gestalten (Angleichungserscheinungen) hat *Fuchs* zudem noch eine besondere eingehende experimentelle Untersuchung gewidmet (16). Die Versuchsanordnung war im Prinzip dieselbe wie bei den eben besprochenen Experimenten. Gefunden wurde zunächst, daß zwischen den Farbe überragenden Teil und der Farbe einer Fläche, die überragt wird, eine gegenseitige Angleichung zustandekommt. Diese ist um so stärker, je prägnanter jede der Flächen als Gesamtgestalt herausgefaßt wird. Die Angleichung ist eine Folge der Gestaltauffassung. Die gegenseitige Beeinflussung der Farben tritt auch ein, wenn eine der beiden Gestalten oder beide Gestalten nicht eine zusammenhängende Flächenfigur bilden, sondern aus getrennten Elementen bestehen (gelbe und blaue Kreise, die als Reihen oder als Kreuz oder als Ecken eines Quadrates u. dgl. aufgefaßt werden können). Man läßt z. B. die nebenstehende Figur betrachten, auf der Kreis 1 grau, die links davon befindlichen 4 Kreise gelb, die rechts befindlichen blau sind. Wird nun 1 fixiert und zusammen mit den 4 Kreisen der linken (Gelb-)Seite als Fünfgestalt aufgefaßt, so erscheinen alle Kreise in derselben gelben Farbe. Faßt man aber Kreis 1 und die gelben Kreise der linken Seite ohne den Mittelkreis heraus, so sind die Eckpunkte dieser Viergestalt von völlig anderer Farbe als der Kreis in der Mitte. Sie erscheinen durch Angleichung an die Farbe von 1 mehr graugelb, während der Mittelkreis seine gesättigt gelbe Farbe behalten hat. Kreis 1 hat von dem Gelb der mit ihm zusammengefaßten Kreise erhalten. Dieser Effekt tritt ein, gleichgiltig wo man fixiert, sofern man nur dieselbe Gestalt heraushebt. Da dabei der von 1 entfernteste Kreis grauer wird, der dazwischen gelegene Mittelkreis aber sein gesättigtes Gelb behält, können die Farbänderungen weder mit *Exner* und *Fick* auf gegenseitige Beeinflussung gereizter Netzhautstellen, noch auf



Ermüdung oder Adaptation, noch im Sinne von *Katz* auf Angleichung durch Motive vom Netzhautzentrum aus zurückgeführt werden. Ob die Mischfarbe von Kreis 1 durch Spiegelung aus den Komponenten blau und gelb hergestellt wird oder ob man ihn aus entsprechend gefärbtem Papier schneidet und mit gelben und blauen Papierkreisen zusammen auf schwarzem Grund in der Anordnung der abgebildeten oder einer anderen Figur (Kreuz) aufklebt, ist für die Wirkung belanglos. *F.* hat nun noch vier blaue, vier gelbe und einen Mittelkreis in der Mischfarbe, also im ganzen 9 Kreise derart angeordnet, daß es möglich war, durch die Aufmerksamkeit gleichzeitig zwei Gestalten herauszufassen, von denen nur eine den Mittelkreis enthielt. Es zeigte sich, daß seine Farbe sich stets der Farbe der Kreise anglich, mit denen er zu einer Gestalt zusammengefaßt war. Bei Auffassung sämtlicher Kreise als Neun-Gestalt werden alle gleichfarbig. Die Farbänderung wird demnach nicht von der Aufmerksamkeitszuwendung, sondern von der Gestaltauffassung bestimmt. Besondere Untersuchungen ergaben, daß die zentralen Faktoren der Gestaltauffassung auch die Farbe der negativen Nachbilder beeinflussen. Kontrastfarben können durch sie einander ausgeglichen werden oder es können Kontrastwirkungen entstehen. Ausführungen über „einige Anwendungen" der Versuchsergebnisse und ein Anhang über „Angleichung der Größe, Form, Lokalisation" schließen die Arbeit.

Blumenfeld wollte die Fähigkeit der visuellen Formvorstellung mit einer Methode prüfen, die die Gefahr der unkontrollierbaren Verfälschung der Ergebnisse durch Gedächtnis und Wissen möglichst ausschließt (4). Er bediente sich zu diesem Zwecke verschiedener Drähte, deren jeder so abgebogen war, daß die Schenkel nach drei Dimensionen gerichtet waren, während die so entstandenen Gebilde einander entweder gleich oder zueinander symmetrisch waren. Es wurden nun die Aufgaben gestellt 1. anzugeben, ob zwei in verschiedener Lage gegebene Gebilde gleich oder symmetrisch seien; 2. nach Einprägung eines bestimmten solchen Gebildes und nachfolgender Darbietung eines gleichen oder symmetrischen in anderer Lage zu entscheiden, ob das zuletzt dargebotene dem eingeprägten entspricht oder nicht; 3. nach Darbietung einer Abbildung solcher Gebilde in Perspektive oder Orthogonalprojektionen sind die entsprechenden Drahtgestalten aus einer Anzahl gleicher oder ähnlicher, jedoch in anderer Lage als die abgebildeten dargebotenen Figuren herauszusuchen.

Die 1. Aufgabe fordert einen Vergleich. Er wird nach Auffassung der beiden Figuren durch Überlegungen über die zweckmäßigste Art des Vorgehens eingeleitet. Diese intellektuellen Akte stehen unter der Determination, den einen Körper in einer Lage vorzustellen, in der auf anschaulicher Grundlage ein Vergleichsurteil gefällt werden kann. Solche vorstellungsmäßige Lageänderungen des einen Körpers werden z. B. erzielt, indem man sich ihn in bestimmter Weise gedreht denkt. Ist das geschehen, so kann das Vergleichsurteil u. U. sofort gefällt werden oder es sind weitere Operationen, ein Verschieben oder weiteres Drehen in Gedanken, nötig. Führen auch diese nicht zum Ziel, so kann das Verfahren mit einem anderen vertauscht werden. Der Vergleich kann daran scheitern, daß es nicht gelingt, das Wahrnehmungsbild einheitlich aufzufassen, ein hinreichend deutliches und

hinreichend umfassendes Vorstellungsbild zu gewinnen, das ursprünglich deutliche Vorstellungsbild während der Dauer der ganzen Gedankenoperation festzuhalten, Teilkomplexe festzuhalten und nach vorstellungsmäßiger Verlagerung wieder richtig zusammenzufügen, mit Vorstellungsbildern im Wahrnehmungsraum richtig zu operieren oder die zum anschaulichen Vergleich führende Operation zu erkennen.

Diese Methode der fiktiven Drehung eines Körpers in eine andere Lage ist der zumeist beschrittene, aber nicht der einzig mögliche Lösungsweg. Ein zweiter ist die Einnahme eines „subsidiären Standpunktes". Dabei bleiben beide Gebilde unverändert in ihrer Lage, aber die Vp. versetzt sich an eine Stelle oder in eine Lage, von der aus ihr der eine Körper unter Voraussetzung seiner gestaltlichen Gleichheit ebenso erscheinen muß wie der andere. Schreibt man diesen Lösungsweg, der im allgemeinen als ungewohnt und unsympatisch empfunden wird, vor, so müssen öfters Tendenzen zur Drehung eines Körpers bewußt abgewiesen werden, die Richtigkeit der Lösung hängt von den gleichen Bedingungen ab wie beim ersten Verfahren und das Ergebnis ist diesem gegenüber nicht wesentlich verändert.

Ein drittes Verfahren besteht nun darin, daß man den eigenen Körper in die Drahtfiguren hinein versetzt und dabei ihre Biegungen und Richtungsänderungen beachtet und festhält. Es wurde nur von einer Vp. spontan, von anderen nur nach Vorschrift angewendet. Auch bei diesem Verfahren ließ sich Visualität als notwendige Voraussetzung nachweisen, motorische Veranlagung (kinästhetische Vorgänge!) wirkte vielleicht unterstützend (Methode der Einschmiegung).

Verwandt ist dem dritten Verfahren endlich die von einer Vp. neben der fiktiven Drehung angewendete „Wandermethode". Die Vp. läuft in Gedanken den vom Drahtgebilde bezeichneten Linienzügen entlang und merkt dabei u. U. unmittelbar die Abweichungen der Richtung, aus denen eine Ungleichheit hervorgeht. Dabei helfen optische und kinästhetische Vorstellungen. Die optischen scheinen den exakteren Eindruck zu vermitteln, so daß man sagen kann, daß alle angewandten Verfahren nur unter wesentlicher Mitwirkung der Visualität zu einer Lösung führen.

Bei Aufgaben nun, die ein Urteil nach vorhergehender Einprägung verlangen, wird unter Benutzung eines der angeführten Verfahren ein fester und deutlicher Gestalteindruck erzeugt, mit dem sich vorstellungsmäßig in ähnlicher Weise wie mit Wahrnehmungsbildern operieren läßt. Je leichter dies einer Vp. gelingt, je deutlichere und dauerhaftere Strukturbilder sie entwickelt, je sicherer sie mit ihnen operiert, ohne daß sie zerfallen oder verschwimmen, je komplizierter die Gebilde sind, die vorstellungsmäßig festgehalten werden und deren Vorstellungsbilder trotz großer Ähnlichkeit mit anderen richtig verglichen werden, desto höher darf ihre visuelle Veranlagung angeschlagen werden. Durch Ähnlichkeit der Gegenstände mit bekannten geometrischen Gestalten u. dgl., durch Überschaubarkeit, Hervortreten gewisser Teile als feste Bezugssysteme, wird das Aufbauen solcher Strukturbilder erleichtert. Die Möglichkeit, die Operationen mit dem Gegenstand an der Tischebene oder an der Umgebung zu orientieren, spielt eine Rolle. Intellektuelle Vorgänge, wie Wahl des Bezugssystems, leiten also im allgemeinen die Aufbauarbeit ein und greifen während der ganzen Dauer der Auffassung und Einprägung

als regulierende Überlegungen, als probierendes Kontrollieren immer wieder ein. Begriffliches Wissen tritt bei der ganzen Arbeit gegenüber anschaulicher Vergegenwärtigung sehr in den Hintergrund.

H. Freiling und *E. R. Jaensch* sind durch Versuche an 14 Vp. der Frage nachgegangen, ob die Lokalisation im Sehraum, die sie schon früher als abhängig von Blick- und Aufmerksamkeitswanderungen erkannt hatten, von beiden oder von einem der genannten Faktoren bestimmt wird (12). Die Möglichkeit zu dieser Entscheidung ist gegeben, indem man Drehnystagmus erzeugt, bei dem die Augenbewegungen ohne gleichzeitige Aufmerksamkeitswanderungen auftreten. Dabei zeigte sich, daß unmittelbar zuvor erzeugte Nachbilder und Anschauungsbilder die Drehung kontinuierlich mitmachen, durch die nicht von Aufmerksamkeitswanderung begleiteten Blickbewegungen also nicht verlagert werden. Für die Lokalisatoren dieser Erlebnisse sind demnach Blickbewegungen nicht bestimmend.

An 11 Vp. wurden die schon früher mehr gelegentlich gemachten Beobachtungen, daß die Anschauungsbilder leicht erscheinender Gegenstände leichter und in größerem Ausmaß zu verlagern sind als die schwer erscheinenden Objekte, systematisch untersucht, durchaus bestätigt und dadurch erwiesen, daß die Aufmerksamkeitswanderung eine „dynamische Komponente" besitzt, ein „dynamischer Akt" ist, dessen Effekt wie der aller dynamischen Akte nicht nur von ihm selbst, sondern zugleich von der Beschaffenheit der Gegenstände abhängt, auf die er gerichtet ist.

Nach *E. R. Jaenschs* experimentellen Ergebnissen ist aber auch für die Lokalisation der ausgebildeten Raumwahrnehmung die Aufmerksamkeitswanderung der ursprünglich bestimmende Faktor. *L. v. Karpinskas* Versuche lehren eine Entwicklung über zuerst flächenhafte Erscheinungsweise zu einer Art Unruhe im Bild oder im Bewußtsein, weiter zu unbestimmter Räumlichkeit ohne Möglichkeit, zwischen vorn und hinten Liegendem sicher zu unterscheiden, endlich zum eindeutigen Tiefenbild. Gegenüber wohlvertrauten Objekten stellt sich allerdings der Tiefeneindruck oft sofort ein, ohne daß jene allmähliche Entwicklung nachweisbar wäre. *Freiling* konnte nun in Versuchen mit stark eidetischen Personen nachweisen, daß diese durch Aufmerksamkeitswanderung einen von zwei wirklichen Fäden weite Entfernungen wandern lassen können und, wenn sie nach einer längeren Unterbrechung aufs neue ihren Blick auf die beiden Fäden richten, sie noch immer in der durch Aufmerksamkeitswanderung erzeugten Lage sehen. Es hat sich bei ihnen also ein Wahrnehmungskomplex gebildet, der nicht sofort wieder verschwindet, sondern längere Zeit festgehalten wird und bei Wiederkehr gleicher äußerer Bedingungen sofort fertig vor Augen steht. Diese Erfahrungen benützt *Jaensch* zur Erklärung des sich sofort einstellenden Tiefeneindruckes bei der Wahrnehmung bekannter Objekte.

In längeren Schlußausführungen ihrer Arbeit glauben die beiden Forscher ihre Beobachtungen über Raumverlagerung gegen die Unumstößlichkeit eines in der Anordnung der Netzhautpunkte gegebenen, bildungsgesetzlich festgelegten Ordnungsschemas verwerten zu können.

Die Kausalfunktion, welche in der eidetischen Jugendphase der Menschen und Völker die optischen Wahrnehmungsfunktionen auf die Sehdinge ausüben, „indem sie diese beeinflussen, verändern, ja aufbauen", macht *E. R. Jaensch* in anziehenden Erörterungen (32) zur Grundlage für die Erklärung, warum die Verben der sinnlichen Wahrnehmung mit dem Akkusativ (= Causativ) verbunden seien. In einer umfangreicheren Studie (33) sucht er darzutun, daß der von ihm und seinen Mitarbeitern vollzogene Neubau der Wahrnehmungslehre die *Kant*sche Philosophie nicht unbeeinflußt lasse: ihr psychologischer Unterbau sei nicht mehr tragfähig. *Kants* Apriori hat mit *Jaenschs* Nativismus gemein, daß gewisse Einrichtungen und Funktionen unserer psychischen Organisation vorhanden sein müssen, wenn Erfahrung überhaupt zustandekommen soll. Nach *Kant* kommt diese zustande, indem die uns als Materie der Erkenntnis zunächst gegebene chaotische Masse unverbundener Empfindungselemente durch die synthetischen Funktionen des Subjekts vereinheitlicht und verbunden werden. Nach *Jaenschs* experimentellen Untersuchungen dagegen ist der ursprüngliche Reizerfolg gar nicht etwas, was als mechanische Funktion der einwirkenden Reize zu verstehen wäre, sondern das Anschauungsbild. Es ist schon in ähnlicher Weise wie die Vorstellungsbilder gestaltet. Erst mit fortschreitender Entwicklung wird diese eidetische Jugendphase überschritten, wird die Wahrnehmung immer mehr eine eindeutige Zuordnung des Bewußtseinserlebnisses zu den Sinnesreizen. Die gegenteilige Annahme stützte sich nicht auf Tatsachen, sondern auf eine philosophische Überzeugung, für die u. a. besonders die *Newton*sche Naturansicht verantwortlich zu machen ist. Eigentümlich ist dabei der *Kant*schen wie der gesamten deutschen idealistischen Philosophie, daß sie allen Bewußtseinsinhalt als eine zunehmende Annäherung an das ideale Reich gültiger Wahrheit und gültiger Werte ansah. Alles Bewußtseinsleben, das sich außerhalb dieser höchsten Sphäre wissenschaftlichen Denkens und kulturellen Strebens abspielt, erscheint als unvollkommen. Demgegenüber betont *Jaensch*, daß das Bewußtsein aus einer Reihe zusammenhängender und ineinander übergehender Schichten bestehe, die sich nur dadurch voneinander unterscheiden, daß bestimmte Tendenzen — im Vorstellungsleben z. B. die Invarianztendenz — eine mehr und mehr zunehmende Erfüllung finden und daß daher an Stelle der „von oben nach unten gehenden Betrachtungsweise" des Idealismus die „von unten nach oben gehende" der physischen Naturwissenschaften treten könne. Sie würde zeigen, daß die Intentionen, die durch die verschiedenen Schichten hindurchgehen, in den obersten als auf Sinngehalt und Wert gerichtete Ideen erscheinen. Damit würde an Stelle des transzendentalen ein „realistischer Idealismus (oder Ideenrealismus)" treten; denn jene höchsten Triebkräfte des Geschehens gehören für diese Anschauung ja zu den Naturfaktoren.

Von dieser zuletzt gewonnenen Einsicht aus nimmt *Jaensch* am Schluß seiner Ausführungen Stellung zu dem heute hauptsächlich von *Windelband* und *Rickert* vertretenen „transzendentalen Wertidealismus". Diese Denker trennen die logischen, ethischen, ästhetischen Normgesetze aufs schärfste von dem psychologischen Naturgesetz ab. In den Wissenschaften von der Wirklichkeit und darum auch in der Wissenschaft von der psychischen Wirklichkeit, der Psychologie, darf nach

ihrer Forderung „von Wert nichts vorkommen". Demgegenüber verficht *Jaensch* den Anspruch, daß die Psychologie das Bezogensein auf die ideale, besonders logische Sphäre, aus ihrem Gebiet nicht streichen kann. Diese Forderung ist für jemand, der wie *Jaensch* logisches Denken, richtiges Streben und ästhetisches Genießen aus natürlichen Anlagen und Verhaltungsweisen sich entfalten und hervorwachsen sieht, selbstverständlich. Und wie er, so wird kaum irgendein an der Naturwissenschaft Gebildeter dem Zwang der nüchternen Beobachtung, die für diese Auffassung spricht, sich entziehen können. Gleichwohl hat der Standpunkt *Windelbands* und *Rickerts*, richtig verstanden, seinen guten Sinn. Das Verhältnis der Normwissenschaften zu logischen Vorgängen und zu sittlichen und ästhetischen Erlebnissen ist eben ein völlig anderes als das der Psychologie. Diese sucht diese Vorgänge und Erlebnisse so zu erfassen wie sie sich im seelischen Leben abspielen, registriert sie als psychische Tatsachen und erklärt sie nach Art des objektiven Tatsachenforschers aus gleichgerichteten Tendenzen auf niedrigeren Stufen des Bewußtseins. Wo dieser sich gegenüber Verhaltungsweisen in der Wirklichkeit anders verhält und z. B. als verstehender Psychologe logische, ethische oder ästhetische Bedürfnisse annimmt, tut er auch dies in der Absicht, gegebene Zusammenhänge in ihrer objektiven Entwicklung und Verschlingung und in ihrer objektiven Struktur zu erkennen. Da ist ihm die Einfühlung Erkenntnisquelle. Das Logische, Ethische, Ästhetische interessiert ihn, wenn er Psychologie treibt, nicht, weil es wahr, gut und schön ist, sondern weil es ist und so wie es ist. Ganz anders der Vertreter der Normwissenschaft. Er fragt nicht, wie sich Logisches, Ethisches, Ästhetisches durch die verschiedenen Schichten des Seelischen hindurch entfaltet; ihn kümmert nicht, unter welchen psychischen Bedingungen es gedeiht und von welchen es gehemmt wird. Er erlebt nur die kategorische Forderung: Du sollst so denken, so handeln, so fühlen! Denn nur die Unterordnung unter das Gesetz gibt deinem Verhalten den Wert, den es zufolge deiner logischen, ethischen und ästhetischen Persönlichkeit haben soll.

Von seinem durch eigene und seiner Mitarbeiter und Schüler Untersuchungen gewonnenen Standpunkte in der Lehre von den Gesichtswahrnehmungen aus behandelt *E. R. Jaensch* in einer umfangreichen Arbeit die Beziehungen der Psychologie zur Biologie (34). Gestützt auf umfangreiches anatomisches Material tritt er insbesondere der Auffassung entgegen, daß Retina, Sehnerv und Sehstrahlung in derselben Weise, wie es z. B. für das Gehörorgan tatsächlich zutreffe, nichts weiter als Aufnahme- und Leitungsapparate seien. Die zentrale Komponente, die bei dem Zustandekommen der Anschauungsbilder psychologisch hervortritt, habe ihr morphologisches Seitenstück in dem Umstande, daß die Retina entwicklungsgeschichtlich und anatomisch ein Gehirnteil sei.

Endlich hat *Jaensch* von seinem psychologischen und wissenschaftstheoretischen Standpunkt aus „Ausblicke auf kulturphilosophische und pädagogische Fragen und die Jugendbewegung unserer Zeit" gezeigt (35). Überzeugt von einem weit höheren Grade der Bildsamkeit der Menschennatur, als man bisher annahm, huldigt er einem ausgesprochenen pädagogischen und kulturphilosophischen Optimismus.

Ganz anderer Art als die von *Jaensch* dargelegten Beziehungen der Psychologie und Biologie sind die von *Bleuler* gesuchten (3). Nach seiner Überzeugung gibt es keine psychische Funktion, die nicht im Keim auch im Zentralnervensystem nachweisbar wäre. Aufgabe einer nicht spekulativen Psychologie ist es, die ganze Psyche genau wie andere Gegenstände der Biologie zu betrachten.

Thorleif Schjelderup-Ebbe hat weitere anmutige Beiträge zur Sozial- und Individualpsychologie des Haushuhnes geliefert (61). Er konnte bei Hennen 11, bei Hähnen 12 verschiedene Laute feststellen, die verschiedene Bedeutung haben: Legelaut (nur bei Hennen), Rhythmuslaut (Gackern), Hähne- (und selten Hennen-) Krähen, starken Warnungslaut, Girren, allgemeinen Poussierlaut und Nestpoussierlaut (nur bei Hähnen), Schrei, Drohlaut, Nestlaute (nur bei Hennen), Wollustlaut (nur bei Hähnen), Glucken (nur bei Hennen), Lockruf, kleinen Schrei und Wachtlaut (letzteren nur bei Hähnen). Experimente an 90 Hennenküchelu, von denen 30 in der Brutmaschine ausgebrütet waren und gänzlich abgetrennt von anderen Hühnern aufgezogen wurden, weitere 30 ebenso ausgebrütet waren und von den erwachsenen Hühnern so abgetrennt wurden, daß sie sie sehen und hören konnten, wieder andere 30 von Mutterhennen ausgebrütet waren und unter dem erwachsenen Hühnervolk lebten, ergaben, daß der Nachahmungstrieb auf das Auftreten der verschiedenen Laute nicht beschleunigend, der Aufenthalt bei den Erwachsenen sogar eher hemmend wirkte. Der Autor erklärt diese Erscheinung damit, „daß die Älteren die Küchel der Gruppe 3 während ihrer ganzen Jugendzeit verfolgt und geplagt haben". Anders verhielten sich drei analoge Gruppen Hahnenküchel. Auch ihre stimmliche Entwicklung wird im Durchschnitt aller Werte durch die Anwesenheit der Erwachsenen zwar ebenfalls eher hintangehalten als gefördert, aber das Krähen begannen die jungen Hähne der Gruppe 2 und 3 um 32 bzw. 26 Tage früher als die der Gruppe 1. Das kann nur durch Nachahmung erklärt werden. Hahnenküchel sind im ganzen mit ihren Lauten bedeutend früher fertig als Hennenküchel. Untersuchungen über die Erblichkeit der Laute (Vokalgepräge) fielen nach jeder Richtung negativ aus.

Über die Mimik der Hühner wurde festgestellt, daß ihre Gesichtshaut unter ähnlichen Verhältnissen errötet wie die des Menschen (wobei die Farbe des Kammes unverändert bleibt), nämlich: im Schreck, bei Anstrengung, bei Zorn und großer Freude, bei der Paarung, und zwar stärker bei der Paarung mit einem neuangekommenen Hahn als mit dem vertrauten, bei Schmerz. Hähne sind für solche Beobachtungen wegen ihrer fast immer lederartigen und roten Wangen nicht geeignet. Verändert man das Aussehen eines Huhnes durch Herabbinden des Kammes, so wird sie von ihren Genossinnen nicht erkannt. Färben des Gesichtes wirkt viel weniger. Formveränderungen scheinen demnach von Hühnern mehr beachtet zu werden als die Farben des Kopfschmuckes. Immerhin sind diese Tiere gegen Farben nicht gleichgiltig: eine mutige Henne, die von einer weißen besiegt worden war, ging seitdem entgegen ihrem sonstigen Verhalten allen weißen sofort aus dem Wege. In seltenen Fällen wurden Hühnerfreundschaften beobachtet. Das Gedächtnis der Hühner (Ortsgedächtnis) und ihre Fähigkeit, Genossinnen, von denen sie lange Zeit getrennt waren, wiederzuerkennen, wurde als recht gut nach-

gewiesen. Das „Hackgesetz" des Hühnervolkes wurde nach verschiedenen neuen Richtungen hin — auch im Verhältnis zwischen Hahn und Hennen — studiert und erweitert. Das Despotentum unter Hähnen ist ein äußerst grausames. Die Henne ist kein Preisrichter, sondern ähnelt eher dem erstrebten Wild. Der siegreiche Hahn gewinnt die meisten Hennen nicht, weil er bevorzugt wird, sondern weil er die schwächeren Nebenbuhler fernhält.

Derselbe Autor berichtet in einer kurzen Mitteilung über Aufmerksamkeitsstellungen bei Mücken und Fliegen (62). Mücken nehmen bei drohender Gefahr die Hinterbeine stark in die Höhe, Fliegen verändern unter gleichen Umständen die Stellung des vorderen Beinpaares. Wahrscheinlich wird durch diese Stellungen das Wegfliegen erleichtert. Wärme erleichtert, Kälte lähmt den Übergang in die betreffenden Stellungen.

Auf Grund von Selbstbeobachtungen hat *Schjelderup-Ebbe* auch Beiträge zur Analyse der Träume geliefert (63). Er konstatierte zwischen dem „Gedankenstadium", in dem er sich gleich nach dem Zubettgehen befand, und dem festen Schlaf einen Zustand, der durch die Bildung einer Menge von Wortvorstellungen ausgezeichnet ist, während der Wille des Einschlafenden und äußere Eindrücke ohne Einfluß waren. Dieses „Stadium der halbbewußten Sätze", aus dem sich Verf. mit Gewalt herausreißen kann, gleicht den Traumerlebnissen und der Sprache mancher Geisteskranken durch Ideenflucht, Änderung des Subjektes im gleichen Satze, Unerschöpfbarkeit der Assoziationen, häufiges Auftreten sinnloser Wörter, Kritiklosigkeit gegenüber dem Erlebten und Gesprochenen. Verf. hält deshalb die Sprache der halbbewußten Sätze für identisch mit der Traumsprache oder zumindest für eine Vorstufe der letzteren. Während er glaubt, selbst dieses Stadium bei jedem Einschlafen in mehr oder weniger ausgesprochener Weise durchmachen zu müssen, sind ihm Menschen bekannt geworden, denen er fremd ist.

Um über das Erlebnis des Verstehens von Bedeutungen ein größeres Material zu schaffen, hat *Alice Hermann-Cziner* Vp. exponierte Haupt-, Eigenschafts-, Zeit-Verhältniswörter und Zahlen lesen und darüber mit der Intention „was ist das?" nachdenken lassen (27). Über ihre Erlebnisse vom Zeitpunkt des Erblickens des Wortes an hatten die Vp. dann zu berichten (Methode der systematischen, experimentellen Selbstbeobachtung). Von den Erlebnissen vor dem eigentlichen Verstehen sei ein gelegentlich angegebenes, eigenartiges Fremdheitserlebnis und das Erlebnis der Bekanntheit des Wortbildes erwähnt. Die Verstehenserlebnisse selbst können sein 1. ein „bloßes" Verstehen, 2. ein repräsentatives Verstehen, 3. ein erklärendes Verstehen). Beim repräsentativen Verstehen ist die Repräsentation nicht Bild oder Symbol, besteht nicht neben dem verstandenen und gedachten Gegenstand, sondern ist der Gegenstand selbst. Das erklärende Verstehen kann entweder von vorneherein die Bedeutung in ihrer Bestimmtheit durch andere Bedeutungen erfassen oder an bedeutungserklärende Bestimmtheiten nachträglich weitere Bestimmungen knüpfen (neue Erlebnisse des Verstehens oder Wissensaktualisierung, Feststellungen). Die 3 Formen des Verstehens können selbständig auftreten oder miteinander in Zusammenhang stehen. An das bloße V. knüpft sich aber die Repräsentierung selten, an das erklärende V. nie. Die häufigsten Kom-

binationen sind bloßes V. + Bedeutungserklärung, und repräsent. V. + Bedeutungserklärung. Ein Zusammenhang wird im 1. Fall nur ausnahmsweise, im 2. nie empfunden, da jedes Verstehenserlebnis eine aufs Ganze gehende Einheit ist.

Untereinander sind die 3 Formen des Verstehens gleichwertig. Nur dadurch, daß eine Vp. ihre Aufgabe als Verknüpfen zweier Inhalte oder als ein näheres Bestimmen denkt, kann nach erfolgtem „bloßen" oder repräsent. Verstehen eine Ergänzung als notwendig empfunden werden. Beim repräsent. V. liegt die Bedeutung nicht an der Adäquatheit der repräsentierenden Vorstellung, auch steht die Repräsentierung nicht in festem Zusammenhang mit unserem Wissen über den Gegenstand. Die Befriedigung über das repräsentativ erzielte Verstehenserlebnis geht wohl von der Einheitlichkeit der repräsentierenden Inhalte aus und die Bedeutung dieser scheint oft in die Kindheit zurückzureichen. Sie sind auffallend häufig recht primitiv, vom Wissen unabhängig, und kehren, auch wenn die Aufgabe erst nach langer Zeit von neuem gestellt wird, gern wieder. Das erklärende Verstehen war — wie ja die Bedeutungserklärung dem Verstehen als „Aufgabe" tatsächlich am meisten entspricht — die häufigst beobachtete Form, wurde aber in der Regel für belanglos gehalten. Letzteres ist verständlich, wenn die Aufgabe schon durch eine andere Form des Verstehens gelöst war, zumal in solchen Fällen das Gefühl der das Ganze umfassenden Einheit verlorengeht. Ein weiterer Grund für die geringe Einschätzung der erklärenden Form ist ihre in der Regel reproduktive Natur.

Auf die verschiedenen Vp. fanden sich die 3 Formen des Verstehens in ungleicher Häufigkeit verteilt (subjektive Verstehenstypen? ungleiche Genauigkeit der Selbstbeobachtung? verschiedene Deutung der Aufgabe?). Objektiv ließ sich erweisen, daß an Stelle des „bloßen" oder repräsentativen V. das erklärende tritt, wenn „die Möglichkeit gegeben ist, daß das isolierte Wort in einen Denkzusammenhang gebracht werde". Daraus schließt Verf., „daß im realen Leben dem bedeutungserklärenden Verstehen eine viel wichtigere Rolle zukommt als unter den Versuchsbedingungen".

Theoretische Folgerungen werden aus den mitgeteilten Ergebnissen hauptsächlich in negativer Richtung gezogen: 1. die Ergebnisse lassen sich nicht zurückführen auf die Reproduktion oder auf die Reproduktionstendenz von Vorstellungskomplexen; 2. sie lassen sich nicht ableiten aus der Reproduktion von Urteilen. Solche knüpfen sich höchstens sekundär an, ergänzen weder das Verstehen, noch setzen sie es fort; 3. sie widersprechen allen sensualistischen Erklärungsversuchen. Das Verstehen ergibt sich nie aus anschaulichen Inhalten, kann sich nur an ihnen vollziehen. Für eine Theorie des Verstehens entnimmt Verf. den Versuchsergebnissen, daß für das Verstehen gestaltqualitätartige Erlebnisse in Betracht kommen (durch den einheitlichen und spezifischen Charakter der Erlebnisse nahegelegt), daß in dem ganzen Vorgang unbewußte Prozesse eine Rolle spielen und daß entwicklungspsychologische Gesichtspunkte zu berücksichtigen seien (Ursprung der repräsentierenden Erlebnisse, Rolle der symbolischen Repräsentierung usw.).

Über starre eidetische Klang- und Schmerzbilder berichtet *Hans Henning*

(23). Er geht besonders auf die verschiedenen Vorbedingungen ein, unter denen eidetische Erlebnisse zustandekommen und kennzeichnet diese nicht lediglich durch die Eigenartigkeit der erlebten Bilder, sondern durch die Besonderheit der Gesamtverfassung. Da es schwer ist, diese im Experiment zu erzeugen, werden durch experimentelle Methoden viel weniger Eidetiker gefunden, als tatsächlich existieren. Harmlose Ungebundenheit, Sich-Gehenlassen wie beim Ausruhen, abstraktionsfremde biologische Wirklichkeitsnähe, wie sie Angehörige von Naturvölkern besitzen, das Verschwinden der Alternative zwischen Sein und Schein wie in gewissen religiösen Zuständen, begünstigen das Auftreten eidetischer Erlebnisse. Ihr Auftreten wird daher durch die Umstände in hohem Maße konstelliert. Die Physiologie der Anschauungsbilder denkt sich *H.* so, daß durch zentrifugale Bahnen vom Zentrum in das Sinnesorgan der Endapparat sensibilisiert werde.

Derselbe Autor berichtet über einen eigenartigen Fall von Komplexsynästhesie und Komplexzuordnung (24). Der Student, der diese Erscheinungen darbot, konnte jedem Buchstaben und jeder Zahl eine Farbe zuordnen. Er hatte das Farbenerlebnis genau so, als ob er an eine Farbe denke oder sie sich vorstelle, jedoch ohne sich ein visuelles Vorstellungsbild zu erzeugen. Das Eigenartige war nun eben das Fehlen anschaulicher optischer Bilder, vielmehr handelt es sich um Farbenerlebnisse ohne Farbe. Die eingehende Analyse experimentell hervorgerufener Erlebnisse führte zur Annahme, daß den einzelnen Buchstaben und Zahlen konstant Bewußtseinslagen oder Komplexqualitäten zugeordnet waren, wie sie bei objektiv veranlaßten Farbwahrnehmungen vorhanden sind.

Endlich hat *H. Henning* Mitteilungen über einen neuartigen Tiefeneindruck gemacht (25). Auf einem etwas umständlichen Wege wird ein Rasterdiapositiv hergestellt. In die Vorderseite der Platte wird ein vertikales System von Parallellinien eingeschliffen, die den Abstand der Rasterlinien haben. Rastergröße, Rillenabstand und Stellung der Rasterplatte beim Kopieren werden so gewählt, „daß die zum anderen querdisparaten Bild gehörenden Rasterpunkte der Schicht" — auf der Rückseite der Platte — „nur ins rechte Auge, die zum anderen querdisparaten Bild gehörenden Rasterpunkte nur ins linke Auge gelenkt werden". Das photographische Bild erscheint dann in feinster Rasterpünktelung, aber „viel plastischer als jede stereoskopische Anordnung". So scheinen z. B. Kopf und Hals eines photographierten Hundes 10—30 cm vor der Platte im leeren Raum, der Hinterteil des Tieres 10—40 cm hinter der Platte im leeren Raum zu stehen. Der Körper des Tieres scheint die Platte zu durchstoßen, wie der springende Hund im Zirkus den mit Papier bespannten Reif. Bewegt man vor bzw. hinter der Platte einen Gegenstand, z. B. Papierstreifen, von der Peripherie gegen die Mitte des Gesichtsfeldes und gerät damit an das Bild, so scheint man in den vor bzw. hinter der Platte gesehenen Tierkörper hineinzustechen. Ändert man durch Neigung der Platte um ihre Mittelachse nach vorn oder hinten die Bodenlinie des Bildes, so treten Verzerrungen auf: der Hundeleib wird kürzer und dicker oder länger und magerer. Die Bodenlinie erweist sich damit als sekundäres Tiefenmotiv.

Zum Rasterdiapositiv gibt es Analogien in anderen Tiefenwirkungen. Vergleicht man flächenhafte und plastisch wirkende Zeichnungen, gewöhnliche Dia-

positive, stereoskopische Aufnahmen, den wirklichen Raum u. dgl. mit Rasterdiapositiven, so kann man feststellen, daß die Tiefenwirkung eng mit dem Grade der Auflockerung des Hintergrundes zusammenhängt. Diese ist z. B. beim Rasterdiapositiv größer als bei stereoskopischen Bildern, auch bei nicht größerer Querdisparation, und zwar infolge der oft vollständigen Auflockerung des Hintergrundes. Ein wichtiges Tiefenmotiv ist ferner die dingliche Auffassung. Auflockerung des Hintergrundes, Erheben der Bodenlinie und Gestaltauffassung lassen, wie besondere Versuche zeigten, auch ostasiatische Kunstwerke sehr plastisch erscheinen, die sekundärer Tiefenmotive in der Regel entbehren und europäischen Beschauern deshalb leicht etwas flächenhaft erscheinen. Der Japaner pflegt die genannten Tiefenmotive zu benützen und gewinnt dadurch von solchen Bildern einen völlig anderen Eindruck als wir.

In einer psychologischen Skizze „Über die Art" eines Menschen und das Erlebnis der „Maske" (66) behandelt *Else Voigtländer* die Frage, „wie sich die vorgeschobene Hülle von Eigenschaften, die nach außen hervortreten und die zum Teil gar keine wirklichen Eigenschaften sind, sondern Eindrücke, die der Außenstehende empfängt, zu den wirklichen Eigenschaften verhalten und wie sie auf diese zurückwirken". Die Ausführungen sind für jeden, der seine intuitive Erfassung von Persönlichkeiten vor Mißgriffen bewahren will, auch praktisch lehrreich.

Besonders hingewiesen sei noch auf die kritischen und beherzigenswerten Ausführungen *Karl Marbes* über den Okkultismus (47). Neben einer wirklich ernsthaften Untersuchung der Medien und Prüfung der okkulten Phänomene empfiehlt *M.* das Studium der Psychologie der Okkultisten selbst.

In „Untersuchungen über die Frage der sensorischen Asymmetrie" haben *F. F. Hazelhoff* und *Heleen Wiersma* (Groningen) nachgewiesen (21), daß in der Wahrnehmung elektrischer Reize, im Abschätzen von Gewichten und in der getrennten Auffassung zweier mit dem Weberschen Ästhesiometer gesetzter Reize die linke Hand der rechtshändigen Vp. mehr leistete als die rechte, umgekehrt die rechte Hand einer linkshändigen Vp. mehr als die linke. Während Nützlichkeitsgründe ohne Weiteres verstehen lassen, daß e i n e Hand mehr geübt wird als die andere, und die Frage der motorischen Asymmetrie eigentlich nur d i e ist, warum die vornehmlich geübte Hand zumeist die rechte ist, ist eine Notwendigkeit und Nützlichkeit der sensiblen Verschiedenheit nicht zu erkennen und ihre tatsächliche Existenz uns auch gar nicht bewußt. Bei der Beantwortung der Frage nach der Ursache ihres tatsächlichen Bestehens lehnen die Autoren eine anatomisch-physiologische Erklärung ab. Sie erklären die Tatsache vielmehr als Ergebnis einer psychischen Hemmung, welche von den feineren motorischen Leistungen der bevorzugten Hand auf das Bewußtwerden sensibler Eindrücke ausgeübt werde. Sie belegen diese Anschauung durch Versuche, aus denen hervorgeht, daß motorische Einstellung eine starke Hemmung von Empfindungen setzt und daß diese Hemmung rechts viel größer ist als links.

Chiba stellte experimentell fest, daß auf den Gebieten des Druck-, Gehör- und Gesichtssinnes Vergrößerung der Reizstärken leichter erkannt wird als Verminderung, daß also eine Asymmetrie der Unterschiedsempfindlichkeit be-

steht (7). Die Tatsache wird im wesentlichen auf das Relativitätsprinzip zurückgeführt. Dazu komme, daß bei Veränderung des Normalreizes die Richtung der Aufmerksamkeit verschieden sei: bei Zunahme gehe sie auf den Veränderungsreiz, bei Abnahme auf den erlebten Normalreiz. Die Veränderung wird deshalb ceteris paribus im ersten Falle noch deutlich, im letzten weniger deutlich oder nicht wahrgenommen.

Es entspricht der Bedeutung, die der Lehre vom Unbewußten für unser Verständnis des gesunden und kranken Seelenlebens zukommt, daß sich auch in diesem Berichtsjahre eine ziemlich umfangreiche Arbeit mit ihr beschäftigt (58). *Rülf* tritt der Frage des Unbewußten insofern auf etwas andere Weise entgegen, als die Mehrzahl der Forscher in den letzten Jahren getan, als er nach Herausstellung des Problems einen ausführlichen Überblick über Vorkommen und Bedeutung unbewußter seelischer Vorgänge im normalen und im pathologischen seelischen Leben gibt und die Lösung des Problems auf dieses umfassende Tatsachenmaterial gründet. Er betont, daß nicht nur beim Tier, das ja die Ziele der Selbst- und Gattungserhaltung völlig triebhaft verfolgt, sondern auch bei homo sapiens die richtunggebenden psychischen Vorgänge sich großenteils im Gefühl verbergen. Der Psychoneurotiker, dessen Kern, das Fühlen selbst erkrankt ist, vermag wegen der krankhaften Bewußtseinseinengung selbst mit Mühe die Motive seines Tuns nicht in dem Umfange, der dem Normalmenschen erreichbar ist, sich bewußt zu machen. Von diesem Sachverhalte aus sucht *R.* auch die systembildende Kraft affektbetonter Erlebnisse zu erklären.

Haupt hat sich in zwei kurzen Arbeiten mit Fragen aus dem Gebiete der Hypnose beschäftigt (19 und 20). In der ersten erörtert er die Hypnotisierbarkeit. In einem Fall fand er diese nur zeitweilig vorhanden, ohne daß er dafür äußere oder innere Ursachen auffinden konnte. In einem zweiten Fall genügte zum Eintritt der Hypnose schließlich der Gedanke der Versuchsperson, daß der gar nicht anwesende Hypnotisator diese wünsche. Die posthypnotische Suggestion, daß das nächste Mal der hypnotische Zustand nicht hervorgerufen werden könne, realisierte sich, obwohl die Versuchsperson die maßgebende Suggestion vergessen hatte und überzeugt war, wie immer rasch in Hypnose zu geraten. Umgekehrt gelangen Hypnosen bei einer dritten Person, die glaubte, dieselben willkürlich verhindern zu können. Über die genauere Art der „besonderen physischen Verhältnisse", von denen Eintritt oder Mißlingen der Hypnose abhängt, spricht sich Verf. nicht aus. — In der zweiten Arbeit berichtet *H.* auf Grund von Befragung der Hypnotisierten während und nach der Hypnose über einige psychische Verhältnisse im hypnotischen Zustand. Die Orientiertheit war in oberflächlichen Hypnosen stets erhalten, in tiefen wurden sich die Versuchspersonen ihrer Orientiertheit erst bewußt, wenn sie angeredet wurden. Auch Suggestionen positiver und negativer Trugwahrnehmungen oder einer Änderung der Persönlichkeit wurden nur in tiefen Hypnosen verwirklicht, blieben in oberflächlichen stets wirkungslos.

Beides hält *H.* für oberflächliche bzw. tiefe Hypnosen für charakteristisch und hält diese für zwei der Art nach verschiedene Zustände, zumal er auch nie eine oberflächliche in eine tiefe Hypnose überführen konnte. Aus tiefer Hypnose

konnte Verf. in der Regel nicht erwecken, solange er „Stirn- und Nackenhand" am Kopf des Hypnotisierten liegen ließ. Er sieht in diesem Umstand einen schwer verständlichen, interessanten psychischen Einfluß einer körperlichen Maßnahme. Nach Auffassung der Hypnotisierten ist der hypnotische Zustand vom Schlafzustand sehr verschieden.

Zum Schlusse will ich nicht unterlassen, die Aufmerksamkeit der Kollegen, die sich systematisch mit Psychologie beschäftigen wollen, auf das ausgezeichnete „Lehrbuch der experimentellen Psychologie" des Jesuiten *Fröbes* hinzuweisen (14). Neben *Wasmann* sind es unter den Angehörigen des Jesuitenordens heute insbesondere *Fröbes* und sein Mitbruder *Lindworsky*, die mit achtunggebietendem Erfolge Fragen der Erfahrungswissenschaften bearbeiten. Das Lehrbuch von *Fröbes* gibt viel mehr, als der Titel sagt; es behandelt nicht nur die experimentelle, sondern die gesamte Psychologie, soweit sie auf Erfahrung beruht. Die psychiatrischen Beobachtungen werden in ausgiebiger Weise und mit großem Verständnis verwertet.

---

2. Allgemeine Psychiatrie.

Ref.: H. Grimme-Hildesheim.

1. *Adler, Arthur* (Berlin), Beiträge zur Psychiatrie und Neurologie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 81.
2. *Alwens, W.* und *Hirsch, S.* (Frankfurt a. M.), Über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der endolumbalen Lufteinblasung (Enzephalographie). München. med. Wschr. Nr. 2, S. 42.
3. *Amsden, George S.* (White Plains, N. Y.), The practical value of the study of personality. The American journ. of psych. Vol. 2, Nr. 4, p. 501.
4. *Anton, G.* (Halle), Über die subtentoriale Druckentlastung bei bestimmten Epilepsieformen und bei einzelnen Tumoren. Sitzungsbericht v. 7. III. 1923. München. med. Wschr. Nr. 17, S. 548.
5. *Asbukin, D.* (Moskau), Experimenteller Versuch einer psychiatrischen Therapie und Bestimmung des Verhältnisses zwischen biologischen und psychologischen partiellen Konstitutionen. Vortragsbericht (1. Russ. Kongreß f. Psychoneurol., Moskau, Psychiatr. Sekt., Januar 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 6/7, S. 427.
6. *Aschaffenburg, G.* (Köln), Geltungsbedürftige und Geltungssüchtige. Sitzungsbericht (Jahresvers. d. D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 1/2, S. 154.
7. *Astwazaturow, M.*, Biologische Grundlagen der physischen Degenerationsmerkmale. Wissenschaftl. Med. Nr. 10, S. 40.

8. *Auden, G. A.*, The biological factors in mental defect. Psyche, Vol. 3, Nr. 3.
9. *Ball, Erna* (Berlin), Die diagnostische Bedeutung des Grundgelenkreflexes von *C. Mayer*. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 55 H. 2, S. 77.
10. *Bárány, R.*, Historische Entwicklung der Untersuchungsmethoden und Kenntnisse vom Bau des Nervensystems im allgemeinen. Acta med. scand. Vol. 59, Nr. 1/6, S. 481.
11. *Bechterew, W.* (St. Petersburg), Die Krankheiten der Persönlichkeit vom Standpunkt der Reflexologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 265.
12. *Derselbe*, Objektive Untersuchungen der kranken Persönlichkeit als Grundlage einer pathologischen Reflexologie. Wissenschaftl. Med. Nr. 9, S. 1. (Russisch.)
13. *Derselbe*, Die Perversitäten und Inversitäten vom Standpunkt der Reflexologie. Arch. f. Psych. Bd. 68, H. 1/2, S. 100.
14. *Benon, R.*, La clinique en pathologie mentale. Gaz. des hôp. et milit. vol. 96, nr. 35, p. 559.
15. *Derselbe*, Une conception de la pathologie mentale. Bull. méd. Ann. 37, nr. 38, p. 1047.
16. *Bernhard, Heinr.* (Berlin), Über ein „Plantar-Zehenphänomen". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 5, S. 589.
17. *Derselbe*, Psychische Vorgänge betrachtet als Bewegungen. Berlin Simion Nachf. 88 S.
18. *Berze, Josef* (Wien-Steinhof), Beiträge zur psychiatrischen Erblichkeits- u. Konstitutionsforschung. I. Allgemeiner Teil. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1/2, S. 94.
19. *Bianchini, Levi* (Nocera inferiore), Traduzione italiana della monografia di *Hanns Sachs* (Berlino: Gli elementi della psicoanalisi. Arch. gen. di neuroglia, psich. e psicoanalisi vol. 3, fasc. 3, p. 36.
20. *Derselbe*, Traduzione italiana della monografia di *M. Schilowsky* (Losanna): Considerazioni generali sulla psicoanalisi. Arch. gen. di neuroglia, psich. e psicoanalisi vol. 3, fasc. 3, p. 111.
21. *Derselbe*, Traduzione italiana della monografia di *Ernesto Jones* (Londra), Praesidente della British Psychological Society: Uno studio psicoanalitico sullo Spirito Santo. Arch. gen. di neuroglia, psich. e psicoanalisi vol. 3, fasc. 3, p. 117.
22. *Binswanger, Ludwig* (Kreuzlingen), Psychoanalyse und klinische Medizin. Referat, erstattet auf dem 6. internationalen Kongreß im Haag, September 1920. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse 7. Jahrg. (1921) H. 2, S. 137.
23. *Derselbe*, Über Phaenomenologie. Referat, erstattet auf der 63. Versammlung des Schweizerischen Vereins für Psychiatrie in Zürich, November 1922. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 10. (S. 50*.)

24. *Binswanger* u. *Siemerling*, Lehrbuch für Psychiatrie. 6. vermehrte u. verbesserte Aufl. Jena, G. Fischer. 440 S.
25. *Birnbaum, Karl* (Berlin), Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. Berlin, J. Springer. 106 S.
26. *Derselbe*, Die Psychose im Lichte neuerer Anschauungen. Klin. Wschr. Nr. 17. (S. 50.)
27. *Derselbe*, Die neueren Forschungsbestrebungen in der Psychiatrie in ihrer klinischen Bedeutung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 305. (S. 51*.)
28. *Bleuler, E.*, Lehrbuch der Psychiatrie. 4. Aufl. Berlin, Jul. Springer. 546 S.
29. *Derselbe*, Halluzinationen und Schaltschwäche. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 1/2, S. 88. (S. 54*.)
30. *Derselbe*, Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 78, H. 4/5. (S. 51*.)
31. *Blondel, Ch.*, La conscience morbide. Journ. de psychol. norm. et pathol. Ann. 20, no. 2, p. 128.
32. *Blum, Kurt* (Köln), Homosexualität und Pubertätsdrüse. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. (Ergebnisse), Bd. 31, H. 4, S. 161.
33. *Böhmig, Wolfgang* (Halle a. S.), Massenpsychologisches aus katholischer Kirche und Sozialdemokratie. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 109.
34. *Bond, Earl D.* (West Philadelphia, Pa.), Follow up work in mental and surgical cases. Amer. journ. of psych. vol. 2, no. 3, p. 445.
35. *Borries, G. V. Th.* (Kopenhagen), Zur Klinik des experimentellen optischen Nystagmus (Eisenbahnnystagmus). Archiv f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopf-Heilkunde Bd. 110, H. 2/3, S. 135. (S. 41*.)
36. *Derselbe*, Weitere Untersuchungen über den experimentellen optischen Nystagmus. Graefe's Archiv für Ophthalm. Bd. 111, H. 1/2, S. 159. (S. 41*.)
37. *Derselbe*, Paradoxial labyrinth-reactions. Acta oto-laryngol. vol. 4, fasc. 3, p. 339.
38. *Boström, A.* (Leipzig), Psychiatrie. (Fortschritte der ges. Med.) D. med. Wschr. Nr. 31, S. 1023.
39. *Derselbe*, Zustandsbild und Psychiatrie. Klin. Wschr. Nr. 37/38.
40. *Bouman, Karl M.* (Bloomingdal Hosp. White Plains, NY.), Blood chemistry in mental diseases. Amer. journ. of psych. vol. 2, no. 3, p. 379.
41. *Bowman* and *Grabfield*, Basal metabolism in mental diseases. Arch. of neurol. and psych. vol. 9, no. 3, p. 358.
42. *Bremer, Friedrich Wilh.*, Klinischer und erbbiologischer Beitrag zur Lehre von den Heredodegenerationen des Nervensystems. Arch. f. Psych. Bd. 66, H. 3/4. (S. 40*.)
43. *Breukink, H.*, Über die Behandlung einiger Psychosen durch eine besondere Art der kathartisch-hypnotischen Methode. Nederl. tijdschr. v. geneesk. vol. 67 (I), no. 13, p. 1321.

44. *Bromann, Ivar*, Über die Erbsünde. (Deutsch von Marta Schmidt von Stein.) München, J. F. Bergmann. 61 S.
45. *Brugia, R.* (Bologna), La irrealità dei centri nervosi. Bologna, L. Capelli. 210 S.
46. *Büchler, Paul* (Budapest), Hypophyse und Zwischenhirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 331.
47. *Bumke, O.* (Leipzig), Neurologie und Psychiatrie. (Zum 70. Geburtstage Adolf Strümpells.) Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 796.
48. *Derselbe*, Über Entartung. Jahreskurse f. ärztl. Fortbldg. Jahrg. 14, H. 5, S. 31.
49. *Bunnemann*, Neue Beiträge zur Frage der Psychogenese von Hautsymptomen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 88, H. 4/5. (S. 41*.)
50. *Cabitto, Luigi* (Genova), Sulle cause che provocano il sonno. Note e riviste di psich. e neuropatol. vol. 11, no. 1, p. 95.
51. *Camino Galicia, Julio*, Die Assoziationsstörungen. Med. ibera vol. 17, no. 281. (Spanisch.)
52. *Christoffel, Hans*, Der Einfluß der Sexualität auf die Charakterbildung beim jungen Manne. Vortrag. Buchdruckerei Werner Niehm, Basel.
53. *Derselbe*, Die gegenwärtige praktische Bedeutung der Psychoanalyse für die Medizin u. speziell für die Psychiatrie. Schweizer. med. Wschr., Jahrg. 54, Nr. 20. (S. 62*.)
54. *Derselbe*, Zur Psychiatrie des Nichtpsychiaters. Aus: Praxis. Schweizer. Rundschau f. Medizin Nr. 20, Jahrg. XIII. (S. 66*.)
55. *Cimbal, Walter*, Die untersuchungstechnische Bedeutung von Reizzonen im autonomen und spinalen Gebiete (Headsche Zonen). Dermatol. Wschr. Bd. 77. (S. 41*.)
56. *Clarke, C. K.*, Mental hygiene in Canada. Lancet vol. 204, no. 22, p. 1139.
57. *Courbon, Paul*, De la regression des troubles mentaux devant les maladies somatiques intercurrentes. Rev. neurol. Ann. 30, no. 3, p. 237.
58. *Daffner, Hugo*, (Königsberg i. Pr.), Zur Psychopathologie der Königsberger Mucker. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 2/3, S. 151.
59. *Danajeff, J.*, Über Wirkung von intramuskulären Milchinjektionen auf Geisteskranke. Vortragsbericht (I. Russ. Kongreß f. Psychoneurologie, Psychiatr. Sect., Moskau, Januar 1923). Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 5, S. 344.
60. *Dobrotworski, N.* (Petersburg), Über den Einfluß des Hungerns auf Geisteskranke. Wissenschaft. Med. 1922, Nr. 9, S. 73.
61. *Dreyfus, G. L.*, Über den Verwendungsbereich des Ampullenwassers. Münch. med. Wschr. 1922, Nr. 17. (S. 66*.)
62. *Dürk, Hermann* (München), Die Erforschung der anatomischen Grundlagen geistiger und nervöser Krankheiten. Deutsche med. Wschr. Nr. 28, S. 907; Nr. 29, S. 941; Nr. 30, S. 976. (S. 55*.)
63. *Ebstein, Erich* (Elbing), Die zwecklose Aufopferung Schwangerer. Leipzig, Selbstverlag d. Verf. 40 S. (S. 66*.)

64. *Eschols, George L.*, The mental disease problem. Southern med. journ. vol. 16, no. 9.
65. *Fauser, A.* (Stuttgart), Versuch zur Begründung von Zusammenhängen zwischen gewissen elementaren psychopathologischen Symptomen und physikalisch-chemischen Zustandsveränderungen des Körpers. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3/4, S. 497.
66. *Felden, B.* (Berlin-Steglitz), Zur Kasuistik der Schlafmittelvergiftungen. D. med. Wschr. Nr. 25, S. 822.
67. *Fischer, Bruno* (Prag), Der Einfluß von Sensibilitätsstörungen auf den Baranyschen Zeigeversuch. Med. Klin. Nr. 30, S. 1050.
68. *Fischer, Eugen* (Freiburg i. B.), Schädelform und Vererbung. Münch. med. Wschr. Nr. 50, S. 1475.
69. *Fischer, Heinrich* (Gießen), Die Rolle der inneren Sekretion in den körperlichen Grundlagen für das normale und kranke Seelenleben. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Ergebnisse, H. 4, S. 233.
70. *Derselbe*, Die Rolle der inneren Sekretion in der Pathogenese der exogenen Psychosen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. H. 2, S. 133; H. 3/4, S. 145.
71. *Fischer, Siegfried* (Breslau), Die sogenannten Bewußtseinsstörungen. Eine psychopathologische Untersuchung. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 5, S. 537.
72. *Fleischer, Bruno* (Erlangen), Zur Vererbung nervöser Degenerationen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 418.
73. *Focher, Ladislaus* (Budapest), Experimentelle Beiträge zur Physiologie und Psychologie des Weberschen Raumsinnes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1/2, S. 223.
74. *Forster, E* (Berlin), Beziehungen des Sympathikus und Vagus zu Geisteskrankheiten. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923). Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 5/6, S. 322.
75. *Fränkel, Fritz*, Der psychopathologische Formenreichtum der Eunuchoiden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 5. (S. 42*.)
76. *Frank* (Charkow), Die Psyche des Hungernden. D. med. Wschr. Nr. 19, S. 608.
77. *Freud, Sigmund* (Wien), Bemerkungen zur Theorie der Traumdeutung. Internat. Ztschr. f. Psychoanalyse. Ann. 9, H. 1, S. 1.
78. *Derselbe*, Eine Kindheitserinnerung des Leonardo de Vinci. Leipzig-Wien. Friedr. Deuticke. 78 S. (S. 63*.)
79. *Derselbe*, Das Ich und das Es. Wien-Leipzig-Zürich. Internat. psychoanalyt. Verlag.
80. *Friedländer, A. A.* (Freiburg i. Br.), Eigenes und Fremdes zur der Freudschen Psychoanalyse. Sonderausgabe aus der Ztschr. f. angewandte Psychologie, herausgegeben von Stern u. Lipman. Leipzig, Ambr. Barth. 47 S.
81. *Gans, A.* (Santpoort, Holland), Ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen

der Javaner. (Aus der D. Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 515. (S. 42*.)

82. *Gans, A.* (Santpoort, Holland), Alte Hinweise auf die Menschenähnlichkeit junger Affen. Anatomischer Anzeiger Bd. 56, Nr. 23/24. (S. 62*.)
83. *Derselbe*, Das Gehirn im ultravioletten Licht. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1340.
84. *Ganter, R.*, Über Sterblichkeitsverhältnisse und Sektionsbefunde bei Epileptischen und Schwachsinnigen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 64, H. 3. (S. 42*.)
85. *Derselbe*, Über die Dicke und das Gewicht des Schädeldaches bei Epileptischen u. Schwachsinnigen. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 1, S. 13.
86. *Gaupp, R.* (Tübingen), Die Geisteskrankheiten in und nach dem Weltkriege. Japan.-Deutsche Ztschr. f. Wissenschaft u. Technik. Jahrg. 2, H. 1.
87. *Giese, Hermann* (Marburg), Über „Depersonalisation". Eine klinische Studie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1/2, S. 62. (S. 43*.)
88. *Gmelin*, Vererbung und Rassenhygiene. Med. Korrespondenzbl. f. Württemberg. Jahrg. 93, Nr. 6, S. 21.
89. *Gmelin, Albert* (Stetten i. R. Württemberg), Luminaltherapie unter Berücksichtigung der Giftigkeit und der endolumbalen Anwendung. Münch. med. Wschr. Nr. 28, S. 911.
90. *Goerber* (St. Gallen), Das Somnifen als Schlafmittel. Schweizer med. Wschr. Nr. 43.
91. *Goldscheider* (Berlin), Über die sensiblen Druckpunkte (Nervenpunkte) in der Pathologie. Im Anschluß: *Telgmann* (Berlin), Über Nervenpunkte bei Normalen und Kranken. D. med. Wschr. Nr. 26, S. 839 und 843.
92. *Goldschmidt, Richard*, Einführung in die Vererbungswissenschaft. Leipzig, Engelmann. 547 S.
93. *Grafe, E.* u. *Mayer, L.*, Über den Einfluß der Affekte auf den Gesamtstoffwechsel. Untersuchungen in der Hypnose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 247.
94. *Greenace, Phyllis*, A study of the mechanism of obsessive-compulsive conditions. Amer. journ. of psych. vol. 2, no. 4, p. 527.
95. *Gruhle, Hans W.* (Heidelberg), Historische Bemerkungen zum Problem Charakter und Körperbau. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 444.
96. *Gurewitsch, M.* (Moskau), Über die primitiven Psychogenien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4/5, S. 574.
97. *Haas, A.*, Über larvierte Onanie im Kindesalter. Münch. med. Wschr. 1922, Nr. 31. (S. 43*.)
98. *Haberkant, H.* (Detmold), Blüchers Hypochondrie. Vortrag, gehalten bei der Jahrhundertfeier Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Leipzig, Sept. 1922. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 7/8, S. 39.

99. *Haecker, V.*, Neuere Wege der menschlichen Erblichkeitsforschung. Medizinische Klinik 1922, Nr. 38. (S. 62*.)
100. *Haecker, Valentin* (Halle a. S.), Methoden der Vererbungsforschung beim Menschen. Im „Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden", herausgeg. von E. Abderhalden, Abt. IX, Teil 3, H. 1. (99 S.) Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg.
101. *Hajashi, M.* (Tokio), Einige wichtige Tatsachen aus der ontogenetischen Entwicklung des menschlichen Kleinhirns; mit Demonstration. Vortragsbericht (Ges. Dt. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 486.
102. *Hanhart, E.* (Zürich), Beiträge zur Konstitutions- und Vererbungsforschung an Hand von Studien über hereditäre Ataxien (46 neue Fälle Friedreichscher Krankheit). Schweizer med. Wschr. Nr. 6, S. 139.
103. *Hanse, A.* (Kiel), Voluntal, ein neues Schlafmittel. Klin. Wschr. Nr. 8.
104. *Derselbe*, Nervöse und psychische Störungen bei Tuberkulose. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1—3, S. 296.
105. *Derselbe*, Über Amenorrhoe bei Nerven- u. Geisteskrankheiten und ihre Behandlung mit Menolysin. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 463. (S. 43*.)
106. *Hartung, Erich* (Pfafferode), Ein Fall von Spätheilung einer Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 432.
107. *Haupt, Johannes* (Waldfrieden-Fürstenwalde), Untersuchungen über Hypnose und Suggestion. I. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 9/10, S. 53.
108. *Derselbe*, Zur Frage der Hypnotisierbarkeit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 11. (S. 44*.)
109. *Derselbe*, Zur hypnotisch-suggestiven Behandlungsweise. D. med. Wschr. 1923, Nr. 14.
110. *Hauptmann, A.* (Freiburg i. Br.), Menstruation und Psyche. Vortragsbericht (Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, B.-Baden, Juni 1923). Arch. f. Psych. Bd. 69, Nr. 5, S. 617.
111. *Hausmann, Theodor* (Moskau), Beiträge zur Analyse der Tastempfindungen und ihre Verwertung für die Gestaltung einschlägiger klinischer Untersuchungsmethoden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 96.
112. *Hecht, Hugo* (Prag), Eine serodiagnostische Schnellmethode (H. F. R. II) bei Syphilis. D. med. Wschr. Nr. 22, S. 715.
113. *Hedenberg, Sven*, Wahnvorstellung und das Konventionelle. Hygiea, Bd. 35, H. 9, S. 379.
114. *Heinrichs, J.* und *Hendriksen, P.*, Krankheiten ekdotermalen Ursprungs. (Ichtyosis und Geisteskrankheiten.) Norsk mag. of laegevidensk. ann. 84, no. 1, p. 1.
115. *Hellpach, Willy* (Karlsruhe), Rasse und Konstitution in der Phy-

siognomie. Vortragsbericht (Vers. Südwestd. Nerven- u. Irrenärzte, B.-Baden, Juni), Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 618.

116. *Henning, Hans* (Frankfurt a. M.), Die Erlebnisklasse der Eidetiker, die Urbilder und deren medizinischer Konstitutionstypus. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 507.

117. *Henschen, S. E.* (Stockholm), Über Sinnesempfindung und Vorstellung aus anatomisch-klinischen Gesichtspunkten. Acta med. skand. Vol. 57, H. 5, S. 458.

118. *v. Hentig, Hans* (München), Über die Wirkung von Erdbeben auf Menschen. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 546.

119. *Hering, H. E.* (Köln), Über die Begriffe Funktion und Funktionsstörung vom physiologischen und psychologischen Standpunkt aus. Münch. med. Wschr. Nr. 26, S. 837.

120. *Hertig, Ernst* (Wien-Steinhof), Psychoanalyse und Psychiatrie. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 123.

121. *Hildebrandt, Kurt* (Berlin), Medizin und Philosophie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 1, S. 39.

122. *Hoffmann, E. C.* (Königsberg i. Pr.), Das *Léri*sche Phänomen und der Grundgelenkreflex von C. Mayer. Arch. f. Psych. H. 1/2, S. 40.

123. *Hollingworth, L. S.*, Differential action upon the sexes of forces, which tend to segregate the feeblement. Journ. of abnorm. psychol. at social psychol. vol. 17, no. 1.

124. *Hollos* (Budapest), Traumarbeit — Psychosearbeit. Vortragsbericht (7. Psychoanalyt. Kongreß, Berlin, Sept. 1922). Vgl. Bericht *Levi-Bianchini*: Arch. gen. di neuroglia, psich. e psicoanalisi vol. 3, fasc. 3, p. 76.

125. *Homburger, August* (Heidelberg), Zur Gestaltung der normalen menschlichen Motorik und ihre Beurteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1/3, S. 274.

126. *Hoppe, Adolf* (Rinteln), Psychiatrie und Psychoanalyse. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 19/20, S. 120.

127. *House, William*, The patients mind. Shall it be considered in treating him. Journ. of the Amer. med. Ass. vol. 81, no. 3, p. 196.

128. *Huebner, A. H.*, Psychiatrische Beratung bei Eheschließungen und Adoptionen. D. med. Wschr. Nr. 25, S. 814. (S. 66*.)

129. *Hueppe, Ferdinand* (Dresden), Volks- oder Rassenhygiene? (vgl. *Kaupp* in Nr. 44 der Wschr.). *Lenz*: Beipflichtendes zu obigen Ausführungen. Münch. med. Wschr Nr 4, S. 122 u. 123.

130. *Hug-Hellmuth, Hermine*, Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens. Internationaler psychoanalytischer Verlag. (S. 63*.)

131. *Ilberg, Georg* (Dresden), Das neurologisch-psychiatrische Wissen und Können des Aretaeus von Kappadokien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 227.

132. *Ilberg Georg* (Dresden), Sigbert Ganser zum 24. Januar. 1923 Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 4, S. 357.
133. *Iwanoff-Smolenski, A.* (Petersburg), Veränderungen der einfachen psychischen Reaktion bei Psychasthenie. Wissenschaftl. Med. (1922) Nr. 9, S. 85. (Russisch.)
134. *Jacob, Charlotte* und *Moser, Kurt* (Königsberg i. Pr.), Messungen zu Kretschmers Körperbaulehre. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 93. (S. 60*.)
135. *Jacobi, Walter* (Jena), Psychiatrisch-interferometrische Studien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 153. (S. 45*.)
136. *Derselbe*, Die Stigmatisierten. Beiträge zur Psychologie der Mystik. München, J. F. Bergmann. 57. S.
137. *Jaspers, Karl* Allgemeine Psychopathologie. 3. vermehrte u. verb. Aufl. Berlin, J. Springer. 458 S. Gm. 14.
138. *Jeliffe, Smith Ely* and *White, William A.*, Diseases of the nervous system. 4th Ed. Philadelphia and New York, Lea and Febiger.
139. *Johnson, Alice E.* (Philadelphia, Pa.), The constitutional psychopathic inferior. Amer. journ. of psych. vol. 2, no. 3, p. 467.
140. *De Jong, H.*, Die Hauptgesetze einiger wichtigen körperlichen Erscheinungen beim psychischen Geschehen von Normalen und Geisteskranken. Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie Bd. 69. (S. 45*.)
141. *Just, Günther*, Praktische Übungen zur Vererbungslehre. Freiburg i. Br., Th. Fischer. 85 S.
142. *Kafka, V.* (Hamburg), Die Technik der Lumbalpunktion. Methoden zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis, mit einem Beitrag über die speziellen chemischen Methoden. H. 1, Liefg. 103 des Teils 5 B des Handbuches der biologischen Arbeitsmethoden von *Emil Abderhalden*. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. 925 S.
143. *Kafka, Schumm* und *Waser*, Das Zentralnervensystem. Abt. 5, T. 5 B., H. 1 des Handbuches der biologischen Arbeitsmethoden. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. 92 S.
144. *Kahn, Eugen* (München), Schizoid-Schizophrenie im Erbgang. (Studien, Rüdin IV., über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen.) Berlin, J. Springer. 144 S.
145. *Kaiser, Otto* (München-Neufriedenheim), Gefahren der Lumbalpunktion. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1/2, S. 119.
146. *Kalmus, E.* (Hamburg), Zwillinge als Belastungszeichen. Vortragsbericht (V. Nordd. Psych. u. Nervenärzte u. Ges. der Neurol. u. Psychiater Groß-Hamburgs, Hamburg-Friedrichsberg, Juni 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych.
147. *Kauders, Otto* (Wien), Zur Frage: Innere Sekretion und Sexualität. Psychiatrische Beobachtung von zwei Samenstrangunterbindungen an Jugendlichen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 3/4, S. 255.
148. *Kehrer, F.* (Breslau), Zur Pathologie der Pupillen. Zugleich zur Lehre

von der myotonen-dystrophischen Degeneration. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3/4, S. 345. (S. 44*.)

149. *Kehrer, F.* (Breslau), Methodische Fragen und Gesichtspunkte der heutigen Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3/4, S. 431. (S. 52*.)

150. *Kehrer, F.* und *Fischer, S.* (Breslau), Modell einer klinisch-experimentellen Pathographie mit besonderer Berücksichtigung der Erblichkeitsuntersuchung und der experimentell-psychologischen Methodik. Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 315. (S. 53*.)

151. *Kehrer, F.* (Breslau), Über Spiritismus, Hypnotismus und Seelenstörung, Aberglaube und Wahn. Zugleich ein Beitrag zur Begriffsbestimmung des Hysterischen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 66, H. 3/4. (S. 53*.)

152. *Derselbe*, Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 3/4, S. 262.

153. *Derselbe*, Die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 25, H. 42. (S. 53*.)

154. *Keilty, Robert A.* (Danville, Pa.), General pathology and its relationship to certain mental diseases. Amer. journ. of psych. vol. 2, no. 4, p. 615.

155. *Kirschbaum, Walter* (Hamburg), Über den Einfluß schwerer Leberschädigungen auf das Zentralnervensystem. II. Mitteilung (I. vgl. Bd. 77 d. Ztschr.). Gehirnbefunde nach experimentellen Leberschäden. 1. Leberschädigungen nach Unterbindung der Arteria hepatica und nach Guanidinvergiftung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1/2, S. 50.

156. *Klāsi, Jakob*, Beitrag zur Frage der kindlichen Sexualität. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 64, H. 113. (S. 64*.)

157. *Derselbe*, Über die Bedeutung und Entstehung der Stereotypien. Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten H. 15. (S. 55*.)

158. *Klein, Heinr. Victor* (Wien), Hypothese zur Vererbung und Entstehung der Homosexualität. (Ein Beitrag zur Lehre von den sexuellen Zwischenstufen.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 497.

159. *Klopstock-Kowarsky*, Praktikum der klinisch-chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden. 7. Aufl. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. 560 S.

160. *Kluge, Andreas* (Budapest), Über Psychoanalyse. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 21/22, S. 131.

161. *Derselbe*, Druckvermehrung in der hinteren Schädelgrube und Foramen magnum. Bradyteleokinese (Schilder) und Bradyteleophasie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4/5, S. 602.

162. *Knichel* (Coblenz), Zur Frage der Halluzinationstheorie. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 5, S. 670.
163. *Kogerer, Heinr.* (Wien), Versuche, chronisch unheilbare Geisteskranke arbeitsfähig zu machen. Vortragsbericht (V. der Psych. u. Neurol. Wien, April 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 4, S. 292.
164. *Kollarits, Jenö* (Davos), Die psychische Führung der chronisch Kranken und Unheilbaren. Schweizer med. Wschr. Nr. 3. (S. 60*.)
165. *Derselbe*, Skizze einer biologisch-psychologischen Charakteristik unseres Zeitalters. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1—3, S. 243. (S. 60*.)
166. *Derselbe*, Völkergesellschaftsbiologische und psychologische Entwicklung von der Selbstbestimmung zur Mitbestimmung. Natur und Mensch Jahrg. III, S. 23—30. (S. 61*.)
167. *Koller, A.* (Herisau), Psychiatrisch-Historisches aus dem Appenzeller Lande. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 131.
168. *Kraepelin, E.* (München), Psychiatrische Bewegungsbilder. (Aus der D. Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4/5, S. 609.
169. *Kreckeler* (Großschweidnitz), Zur Furunkulosebehandlung bei Geisteskranken. (Vaccineanwendung von Opsogen.) Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 519.
170. *Krehl, L.*, Pathologische Physiologie. 12. Aufl. Leipzig, F. C. W. Vogel.
171. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Konstitution und Rasse. Ztschr. f. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 139. (S. 59*).
172. *Derselbe*, Veranlagung zu psychischer Erkrankung. (Manisch-depressives Irresein, Schizophrenie, Epilepsie.) Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 3/4, S. 265.
173. *von Kries, J.*, Allgemeine Sinnesphysiologie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 295 S.
174. *Kroemer, Fr.*, Summarische Zusammenstellung über den gegenwärtigen Stand der folgenden Fragen in der Psychiatrie: 1. Beratungsstellen f. Psychopathen und Entlassene und offene Nervenabteilungen. 2. Entlassenenfürsorge. 3. Reform des Strafgesetzes und Strafvollzug; Reichsirrengesetz. 4. Dezernentenfrage. Psych.-neurolog. Wbl. Jahrg. 24. (S. 66*.)
175. *Kronfeld, Arthur* (Berlin), Sexualpsychopathologie. Handbuch der Psychiatrie, herausgeg. von *Aschaffenburg*, Abt. 7, T. 3. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke. 134 S. (S. 55*.)
176. *Derselbe*, Das seelisch Abnorme und die Gemeinschaft. Kl. Schriften zur Seelenforschung, H. 6. Stuttgart, Jul. Püttmann. 21 S.
177. *Derselbe*, Über unsere grundsätzlichen Auffassungen in der Psychotherapie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 52, H. 5/6, S. 331.

178. *Kronfeld, Arthur* (Berlin), Die psychophysischen Zuordnungen in der Krankheitsgestaltung. Klin. Wschr. Nr. 41.
179. *Krypsin-Exner, Wichart* (Zagreb, Kroatien), Beitrag zur Symptomatologie der Psychosen in den sogenannten Umbildungsjahren. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 396.
180. *Küppers, E.* (Freiburg i. Br.), Weiteres zur Lokalisation des Psychischen. Versuch einer Analyse der Vorderhirnfunktionen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 247.
181. *Kwan, J.* (Osaka, Japan), Über die sedativen und hypnotischen Funktionen des Adalins, Bromurals und Neuronals. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 25/26, S. 162.
182. *Ladame, Ch.* (Rosegg, Solothurn), Du sommeil et quelques-unes de ses modalités chez les aliénés. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 1/2, S. 371.
183. *Lafora, Gonzalo R.* und *Prados y Such* (Madrid), Experimentalversuche über die Funktion des Gehirnbalkens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 617.
184. *Laignel-Lavastine, M.*, Emotivité, inquiétude, angoisse et anxieté. Presse méd. ann. 31, no. 71.
185. *Laird, J.*, Mental process and the concious mind. Mind. vol. 32, no. 127, p. 273.
186. *Lamm, Martin*, Swedenborg. Eine Studie über seine Entwicklung zum Mystiker und Geisterseher. Aus dem Schwedischen von *Ilse Meyer-Lüne*. Leipzig, Felix Meiner. 379 S.
187. *Lamsens, J.*, Über Psychasthenie. Vlaamsch geneesk. tijdschr. ann. 4, Nr. 4, S. 76.
188. *Landau, E.*, Anatomie des Großhirns. Formanalytische Untersuchungen. Bern, C. Bircher. 146 S.
189. *Lange, Johannes* (München), Der Fall Bertha Hempel. Eine klinisch-genealogische Studie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1/3, S. 170.
190. *Laubi, Otto* (Zürich), Der Rhythmus und seine therapeutische Verwendung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 165.
191. *Lejeune* (Greifswald), Mystizismus, Romantik und Spekulation in der Medizin und ihr Einfluß auf diese und die Naturwissenschaften. Vortragsbericht v. Juni 1923. Med. Klin. Nr. 31, S. 1102.
192. *Lenz, F.* (München), Menschliche Auslese und Rassenhygiene. 2. Bd. aus: Grundriß der menschl. Erblichkeitslehre und Rassenhygiene. 2. verbesserte Aufl. München, J. F. Lehmann. 363 S.
193. *v. Leupold, Kurt* (Neuruppin), Yatren in der Praxis der Irrenanstalt. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31/32, S. 185.
194. *Lévy, Paul-Émile*, La psychothérapie. L'autosuggestion et l'éducation de la volonté. Bull. de l'Acad. de méd. vol. 89, no. 13, p. 338.

195. *Lewis, Nolan* (Washington), Kidney malformations in the mentally disordered with report of a case of congenital cystic kidneys and liver. Amer. jorun. of psych. vol. 3, fasc. 1, p. 65.
196. *Leyser, E.* (Gießen), Klinische Bemerkungen zur Frage nach der Rolle der Leber bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 68, H. 1/2, S. 58. (S. 46*.)
197. *Derselbe*, Das Problem der Iteration. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 3/4, S. 175.
198. *L'hermitte, J.*, Le diabète insipide et son diagnostique différentiel avec les polyuries brightique, hystérique, épileptique, dipsomaniaque. Bull. méd. ann. 37, no. 22, p. 623.
199. *Lichtwitz, L.* (Altona), Beziehungen der Fettsucht zur Psyche. Klin. Wschr. Nr. 27.
200. *Liebermeister, G.* (Düren), Tuberkulose und Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 58.
201. *Lienau* (Hamburg), Veränderungen der Persönlichkeit. Sitzungsbericht v. 26. II. 1923 D. med. Wschr. Nr. 17, S. 566.
202. *van Lier, Joh. L.*, Körperliche Anomalien bei Psychose. Nederl. tijdschr. v. geneesk. ann. 67 (I), Nr. 25, S. 2789.
203. *Linzenmeier, Georg* (Leipzig), Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen und ihre praktische Bedeutung. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1243.
204. *Lobstein, J.*, Einige Beobachtungen über die Erblichkeitsuntersuchung in der Psychiatrie. Nederl. tijdschr. v. geneesk. vol. 67 (I), Nr. 17, S. 1753.
205. *Loeb, S.* (München-Gladbach), Psychomotorische Störungen. D. med. Wschr. Nr. 5, S. 147.
206. *Löwenberg, Konstantin* (Hamburg), Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskrankheiten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1/2, S. 197.
207. *Lückerath* (Enskirchen, Rheinpr.), Über Psychiatrie und Jugendfürsorge. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 518. (S. 65*.)
208. *Lugaro, Ernesto* (Torino), L'emozione patologica. Boll. dell' ordine dei med. della Provincia di Torino no. 11.
209. *Lundholm, Helge, Plaut, James S.* and *Whithorn, John C.* (Waverley, Mass.), Long section method contra cross section method in the study of mental disease. Amer. journ. of psych. vol. 2, no. 3, p. 438.
210. *Maas, Otto* (Berlin), Beitrag zur Kenntnis des Zwergwuchses. I. Mitteilung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 76.
211. *Mackenzie, James*, Krankheitszeichen und ihre Auslegung. Herausgegeb. von Prof. *Johann Müller*, Direktor des Allg. Krankenhauses in Nürnberg. 5. Aufl. (Autorisierte Übersetzung von *E. Müller*.) Leipzig, Kabitzsch.

212. *Mäder, A.* Psychonanalyse und Medizin. Med. Klinik 1922, Nr. 11 u. 12. (S. 63*.)
213. *Derselbe*, Der Arzt als therapeutischer Faktor in der Psychotherapie. Schweizer. med. Wschr. Jahrg. 54, Nr. 21. (S. 64*.)
214. *Derselbe*, Psychopathologie und allgemeine Pathologie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 176.
215. *Magnus, R.* (Utrecht), Die Bedeutung des Hirnstammes für Muskeltonus und Körperstellung. (Leyden-Vorlesung, Berlin, März 1923.) D. med. Wschr. Nr. 16, S. 501.
216. *Maier, Hans W.* (Zürich), *Eugen Bleuler* zur Feier seiner 25jährigen Tätigkeit als Ordinarius der Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Klinik in Zürich, April 1923. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 1.
217. *Derselbe*, Über einige Arten der psychogenen Mechanismen. (Katathymie, Athymie, Synthymie.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 193.
218. *Mangold, E.* (Freiburg i. Br.), Die Muskelhärte. D. med. Wschr. Nr. 24, S. 777. (S. 66*.)
219. *Derselbe*, Zentralnervensystem. Jahresbericht über die gesamte Physiologie 1922. (S. 54*.)
220. *Marañon, G.*, Beitrag zum Studium der affektiven Wirkung des Adrenalins. Festschrift *Ramon y Cayal* vol. 2, p. 291. (Spanisch.)
221. *Marcus, Henry* (Stockholm), Sensorische Paramusie. Ein Beitrag zur Lokalisation des Muskelsinnes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 5, S. 625.
222. *Marcuse, Harry* (Berlin-Herzberge), Reaktionsformen oder Formenkreise? Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 374. Polemik, *Kretschmer*, Körperbau u. Charakter.
223. *Mathes, P.* (Innsbruck), Was bedeutet Konstitution? Münch. med. Wschr. Nr. 8, S. 229.
224. *Derselbe*, Die Konstitutionstypen in der Gynäkologie. Klin. Wschr. Nr. 7, S. 291.
225. *Matzdorff, Paul* (Hamburg), Über seltene Beobachtungen an den Pupillenreflexen. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 4, S. 451.
226. *Mayer, C.* (Innsbruck), Zur Frage nach dem Auflösungsmechanismus des Grundgelenkreflexes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 464.
227. *Meisenheimer, J.*, Die Vererbungslehre in gemeinverständlicher Darstellung ihres Inhalts. Jena, G. Fischer. 135 S.
228. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Empfindungsstörungen im Bereiche amputierter Glieder. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 251. (S. 46*.)
229. *Derselbe*, Die Beeinflussung der Bewegungsstörungen bei der Encephalitis lethargica durch rhythmische Gefühle. (S. 46*.)
230. *Derselbe*, Die Zunahme der Trunksucht und Trunkenheit. D. med. Wschr. 1923, Nr. 2. (S. 65*.)

231. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Fürsorge für die Geisteskranken außerhalb der Anstalten Arch. f. Psych. Bd. 66, H. 3/4. (S. 65*.)
232. *Meyer, Semi* (Danzig), Der Mechanisierungsvorgang. Vortragsbericht Ges. Dt. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8. S. 513,
233. *v. Miltner, Theodor* (München), Über Voluntal, ein neues Schlafmittel. D. med. Wschr. Nr. 3, S. 73. (S. 46*.)
234. *Minkowski, Franciska* und *Minkowski, Eugen* (Zürich-Paris), Probleme der Vererbung von Geisteskrankheiten auf Grund von psychiatrischen und genealogischen Untersuchungen an zwei Familien. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 12, H. 1, S. 47 (vgl. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82, H. 1, S. 47).
235. *Minkowski, Franciska* (Paris), Charakterologische Probleme im Lichte psychiatrischer u. genealogischer Hereditätsforschung (mit besonderer Berücksichtigung der Epileptoidie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 199.
236. *Mino, P.* (Torino), Sulle malattie ereditarie e sulla loro etiologia. Arch. di antropol. crim., psich. e med. vol. 42, fasc. 6, p. 548 et vol. 43, fasc. 1, p. 1.
237. *Misch, W.* (Halle a. S.), Physiognomie als Tonusfunktion. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 1, S. 53. (S. 56*.)
238. *Möckel* (Wiesloch), Über Voluntal, ein neues Schlafmittel. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1/2, S. 8.
239. *Moellenhoff, Fritz* (Leipzig), Gibt es gesetzmäßige Beziehungen zwischen Körperbau und Charakter? Sitzungsbericht v. 26. VI. 23. Münch. med. Wschr. Nr. 31, S. 1036.
240. *Mönkemöller, O.*, Die geistigen Krankheitszustände des Kindesalters. Aus Natur und Geisteswelt Bd. 55. 127 S. (S. 57*.)
241. *Morselli, Enrico*, Neuro-patologia e psichiatria in rapporto alla biologia ed alla patologia generale e speciale, Quaderni di psich. vol. 10, fasc. 1/2, p. 1.
242. *Much, Hans*, Pathologische Biologie. (Immunitätswissenschaft.) 4. u. 5. Aufl. Leipzig, K. Kabitzsch. 415 S.
243. *Müller, L. R.* (Erlangen), Lebensvorgänge und vegetatives Nervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 415.
244. *Mursell, James L.*, Repression, release and normality. Psychol. rev. vol. 30, no. 1.
245. *Naegeli, Otto*, Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Lehrbuch der Klinischen Haematologie. Berlin, J. Springer. 587 S.
246. *Nießl v. Mayendorf* (Leipzig), Das Problem der angeborenen Homosexualität. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 510.
247. *Derselbe*, Die halluzinatorischen Zustände der Veranlagten. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 66, H. 3/4. (S. 47*.)
248. *Nißl's Beiträge* zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem

Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten Bd. 2, H. 1, herausgegeg. von *Plaut* und *Spielmeyer*. Berlin, 128 S.

249. *Nóvoa, Santos Roberto*, „Physis und Psyche". Fragmente über eine genetische und energetische Theorie des Geistes. Santiago, El Eco 1922. (Spanisch.) Ausführliche Besprechung Prof. Dr. *Bleuler*: Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd, 32. H. 4, S. 222.
250. *Olkon, David N.* (Chicago), Die Suggestion in der Heilkunde. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 89.
251. *Ossipoff, V. P.*, Spezielle Lehre von den Geisteskrankheiten. Petrograd. Prakt. Med.-Verlag. 188 S.
252. *Pappenheim, Martin* (Wien), Die Lumbalpunktion. Wien, Ricola-Verlag.
253. *Pascal, C.*, Syndrôme psychique fondamental des démences. Journ. de psychol. norm. et pathol. ann. 20, no. 2, p. 147.
254. *Pauli, R.* (München), Ein einfaches tachystoscopisches Instrumentarium für den fachärztlichen und den klinischen Gebrauch. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 254.
255. *Paulian, M.* und *Tomovici*, Untersuchungen über die Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit bei Nervenkrankheiten. Klin. Wschr. Nr. 47.
256. *Pfister, Emanuel*, Manifester Trauminhalt und Tagespsych. Inaug.-Dissertation Zürich 1922. (S. 64*.)
257. *Pfuhl* (Greifswald), Über die Beziehungen zwischen Rasse und Konstitution. Vortragsbericht v. Juli 1923: Med. Klin. Nr. 31, S. 1102.
258. *Pick, A.* (Prag), Mendelismus in der Medizin. Sitzungsbericht v. 19./20. Januar 1923. Med. Klin. Nr. 22, S. 778.
259. *Derselbe*, Zur Zerlegung der „Demenz". Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 3.
260. *Piltz, Jean*, Quelques observations et remarques générales sur l'état psychopathologique observés dans la vie individuelle et ceux, que se repètent à travèrs les générations. Essai d'une classification psychiatrique biologique. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 13, H. 1/2, S. 575.
261. *Plantenga, B. P. B.*, Konstitution. (Konstitutionsharmonie und -dysharmonie.) Nederl. maandschr. v. geneesk. ann. 11, no. 7, p. 463.
262. *Pophal, R.* (Greifswald), Über exogene Charakterveränderungen im Sinne der „moral insanity". Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 5/6, S. 343.
263. *Potter, Howard W.*, Endocrine therapy in mental diseases. Endocrinology vol. 7, no. 1.
264. *Potter, Howard W.* and *Viers*, Hereditary and nonhereditary mental diseases. A comparative study. Arch. of neurol. and psych. vol. 9, no. 3, p. 339.

265. *Prinzhorn, Hans* („Weißer Hirsch"-Dresden), Über Persönlichkeitsstruktur, neuropathisches System, therapeutische Beeinflußbarkeit. Vortragsbericht (V. Südwestdeutscher Irrenärzte und Neurol., B.-Baden) Juni 1923. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 3, S. 229.
266. *Pussep, L.* (Dorpat), Die Innervation der Prostata. (Experimentelle Untersuchung.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4/5, S. 428.
267. *Pussep, L.* und *Levin* (Dorpat), Zur Frage der Störung des Schluckens von apraktischem Charakter (Aphagopraxie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4/5, S. 441.
268. *Quensel, F.* und *Pfeiffer, R. A.* (Leipzig), Über reine sensorische Amusie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3/4, S. 311.
269. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Emil Sioli †. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 2/3, S. 137.
270. *Derselbe*, Psychopathien und Defektpsychose. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 303.
271. *Raimann, Emil* (Wien), Physikalische Therapie der Geisteskrankheiten. Wiener med. Wschr. Nr. 14, S. 650.
272. *Reichardt, Martin* (Würzburg), Über das Anlageproblem in der Psychiatrie. Vortragsbericht v. 15. II. 23. Münch. med. Wschr. Nr. 16, S. 518.
273. *Derselbe*, Allgemeine und spezielle Psychiatrie. 3. neubearb. Aufl. Jena, G. Fischer. 498 S.
274. *Derselbe*, Die Anlageforschung in der Psychiatrie und die sogenannte physikalische Hirnuntersuchung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 561. (S. 57*.)
275. *Derselbe*, Hirnanlage und physikalische Gehirnuntersuchung. Ziegler Beitr. zur path. Anatomie u. zur allg. Pathologie. Bd. 71, H. 1.
276. *Reid, J. Kenelm*, Natural mental healing in relation to the forms of psychopathology. Practitioner vol. 111, no. 2, p. 154.
277. *Rein, Oskar* (Landsberg a. Warthe), Psychiatrische Aufklärungsarbeit. Vortragsbericht (Vers. D. Naturforscher u. Ärzte, Leipzig, Sept. 1922): Psych.-neurol. Wschr. Nr. 3/4, S. 13.
278. *Renner, Albrecht*, Über Schlafmittel und ihre Wirkungen (einschließlich Nebenwirkungen und Vergiftungen). Ergebn. der inneren Med. u. Kinderheilk. Bd. 23, S. 234.
279. *Rigall, Robert M.*, Dualpersonality. Lancet vol. 204, p. 1155.
280. *Rittershaus* (Hamburg), Traum, Mythus, Psychoanalyse. Sitzungsbericht v. 19. XII. 22. Med. Klin. Nr. 10, S. 329.
281. *Roffenstein, Gaston* (Wien), Experimentelle Symbolträume. Ein Beitrag zur Diskussion über die Psychoanalyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 3, S. 362.
282. *Römer*, Krieg und Geisteskrankheit in Baden. Statistische Mitteilungen über das Land Baden, Jahrg. 1923, Bd. XII. (S. 65*.)

283. *Rondoni, P.*, I fattori esterni delle costituzione. Arch. di patol. e clin. med. vol. 2, fasc. 2, p. 155.
284. *Rosenberg, Maximilian* (Magdeburg), Zur Psychologie der Wahnbildung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 359. (S. 56*.)
285. *Rubner, M., v. Gruber* und *Fischer*, Handbuch der Hygiene. Bd. IV, Adt. 3. (1. *Fritz Lenz*: Rassenhygiene. 2. *Wlassak*: Alkoholismus.) Leipzig, Fr. Hirzel. 478 S.
286. *Rüdin, Ernst* (München), Über Vererbung geistiger Störungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3/4, S. 459. (S. 62*.)
287. *Rümke, H. C.* (Amsterdam). Etwas über die phänomenologische Methode und ihre Anwendung in der klinischen Psychiatrie. Neederl. tijdskr. v. geneesk. ann. 66 (I.), Nr. 15, S. 152.
288. *Runge, W.*, Beobachtungen beim akinetisch-hypertonischen Symptomenkomplex I u. II. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 67, H. 2 u. 3. (S. 47*.)
289. *Sacerdote, Anselmo* (Torino), Gli alienati consanguinei ricoverati nel manicomio di Torino. Archiv. di antropol. crim. psych. e med. leg. vol. 43, no. 1, p. 49.
290. *Sachs, Hanns*, Zur Genese der Perversionen. Internat. Ztschr. f. Psychoanal. Jahrg. 9, no. 2, S. 172.
291. *Sanz, Fernandez*, Psychiatrie und psychologische Medizin. Med. ibera vol. 17, no. 284.
292. *Saunders, A. Petersen* (Chicago, Ill.), Beschäftigungstherapie der Geisteskranken in Illinois. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 222.
293. *Scheidt, W.* (München), Anthropologie und Rassenbiologie. Arch. f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie Bd. 14, H. 1, S. 416.
294. *Scheler, Max*, Wesen und Formen der Sympathie. (Die Sinngesetze des emotionalen Lebens Bd. 1.) Die „Phänomenologie der Sinnesgefühle". 2. vermehrte u. durchges. Aufl. Bonn, Friedr. Cohen. 312 S.
295. *Schickelé*, Considérations sur quelques rapports entre la psychiatrie et l'obstétrique. Gynécologie ann. 22, no. 7, p. 385.
296. *Schilder, P.* (Wien), Über elementare Halluzinationen des Bewegungssehens. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 424.
297. *Schmitz*, Wahrträume und Erinnerungsfälschungen. Psych.-neurol. Wschr. 1922, Nr. 45/46. (S. 49*.)
298. *Schneider, Adolf*, Die Psychopathen in Dementia praecox-Familien. (Aus der psychiatr. Klinik d. Univ. Frankfurt a. M.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 5/6, S. 384.
299. *Schneider, W. H.* (Tübingen), Ursachen des sog. „plötzlichen Todes". Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 2, H. 3, S. 293.
300. *Schnyder, L.*, Conception des psychoneuroses. Schweizer. Arch. f. Psych. u. Neurol. Bd. 13, H. 1/2, S. 593.

301. *Schou, H. J.* (Dianalund, Dänemark), Die Genauigkeit der Zellzählung im Liquor cerebrospinalis mittels *Fuchs'* und *Rosenthals* Zählkammer. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3/4, S. 409.
302. *Schramm, Fr.* (Halle a. S.), Zusammenfassende Erfahrungen über die Behandlung der Nerven- und Geisteskrankheiten mit *Pregl*scher Jodlösung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 71.
303. *Schröder, P.* (Greifswald), Die Entwicklung der Hirnpathologie des Nervensystems nach *Nißl*. D. med. Wschr. Nr. 27, S. 871.
304. *Schryver-Hertzberger, Seline* (Apeldoorn, Holland), Erblichkeitsverhältnisse der Familien mit doppelseitiger psychologischer Belastung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 14.
305. *Schultz, J. H.* (Jena-„Weißer Hirsch", Dresden), Zur Technik der Suggestivbehandlung besonders bei gebildeten Patienten. Klin. Wschr. Nr. 9, S. 402.
306. *Derselbe*, Zur Psychopathologie der Operationssucht. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 123.
307. *Derselbe*, Zur Psychopathologie und Psychotherapie amnestischer Zustände. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 36, H. 1/2, S. 53.
308. *Schuster, Julius* (Budapest), Schmerz und Geschlechtstrieb. Analyse und Theorie der Algolagnie. Nr. 5 der Monographien zur Frauenkunde und Eugenetik, Sexualbiologie und Vererbungslehre. *Leipzig*, Kurt Kabitzsch. 43 S.
309. *Schwartz* (Alt-Scherbitz), Neurologisch-psychiatrische Untersuchungen sämtlicher in Erziehungsanstalten der Provinz Sachsen untergebrachten Zöglinge. (Auszug a. d. Bericht über die in den Jahren 1920—22 vorgenommenen Untersuchungen.) Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15/16, S. 96.
310. *Schwenninger, Adolf*, Zur Psychologie des Autismus. Ztschr. f. d. ges. Neurologie u. Psych. Bd. 78, H. 4/5. (S. 56*.)
311. *Seelert, Hans* (Berlin), Krankheitsursachen in der Psychiatrie. Klin. Wschr. Nr. 30, S. 1389.
312. *Serejski, M.* (Moskau), Der Affekt als biochemische Erscheinungsform. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 5/6, S. 361.
313. *Serog, Max* (Breslau), Kasuistischer Beitrag zur Frage der Gesundheitsstörungen durch Hypnose. Med. Klin. Nr. 35, S. 1197.
314. *Derselbe*, Krankheitsgruppe und Krankheitseinheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1/2, S. 158.
315. *Sichel, Max* (Frankfurt a. M.), Die psychischen Erkrankungen der Juden in Kriegs- und Friedenszeiten. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 3/4, S. 207.
316. *Siebert, Harald* (Libau), Erfahrungen mit Lumbalpunktion und epiduralen Injektionen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 52, H. 5/6, S. 347.

317. *Siebert, Harald* (Libau), Betrachtungen über das mehrsprachige Halluzinieren. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 3/4, S. 253.
318. *Siemens, H. W.* (München), Über Geschlechtsabhängigkeit erblicher Krankheiten. Virchows Archiv Bd. 240, H. 3, S. 530. (S. 48*.)
319. *Derselbe*, Einführung in die allgemeine und spezielle Vererbungspathologie des Menschen. 2. umgearb. u. vermehrte Aufl. Berlin, J. Springer.
320. *Derselbe*, Grundzüge der Rassenhygiene. 2. Aufl. München, C. F. Lehmann.
321. *Siemerling, Ernst* (Kiel), Schlaf und Schlaflosigkeit. Berlin, Schwabachersche Verlagshandl. 38 S.
322. *Simons, A.* (Berlin), Kopfhaltung und Muskeltonus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 5, S. 499.
323. *Derselbe*, Über den Verlust der Zeilenführung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 4, S. 321.
324. *Sioli, F.* und *Meyer, A.* (Bonn), Bemerkungen zu Kretschmers Buch: „Körperbau und Charakter". Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 439.
325. *Sjöbring, Henrik* (Upsala), Psychic energy and mental insufficiency. Upsala läkarerforeningsforh. vol. 28, no. 3/4, p. 163.
326. *Sommer, Robert*, Die psychopathologischen Grundsymptome vom Standpunkt der Tierpsychologie. Bericht über den 7. Kongreß für experimentelle Psychologie in Marburg 1921. (S. 58*.)
327. *Spaar* (Sonnenstein), Psychiatrische Erfahrungen mit Nirvanol und Acetylnirvanol (*v. Heyden*). Münch. med. Wschr. Nr. 52, S. 1528.
328. *Spatz, Hugo* (München), Über *Haeckels* biogenetisches Grundgesetz und die Entstehungsgeschichte des Gehirns. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 510.
329. *Derselbe*, Zur Ontogenese des Striatum und des Pallidum. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 508.
330. *Specht, G.* (Erlangen), Vegetatives Nervensystem und Geistesstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 438. (S. 58*.)
331. *Speck, Fritz* (Kiel), Beziehungen zwischen Jahreszeiten und Krankenaufnahmen. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1—3, S. 337.
332. *Spiegel, E. A.* (Wien), Zur Physiologie und Pathologie des Skelettmuskeltonus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 5, S. 517.
333. *Spielrein, Sabine*, Quelques analogies entre la pensée de l'enfant, celle de l'aphasique et la pensée subconsciente. Arch. de psychol. vol. 18, no. 72, p. 305.
334. *Stanojevic, L.* (Zagreb), Wie wirken die Erkrankungen des Gastrointestinalapparates auf die Stimmung der Geisteskranken. Vortrag

(Hundertjahrfeier der Ges. der Naturforscher u. Ärzte, Leipzig, Septbr. 1922). Psych.-neurol. Wschr. Nr. 46/48.

335. *Stanojevic, L.* (Zagreb), Über die Massage als Heilmittel bei psychischen Erregungs-zuständen. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 3/4, S. 200.

336. *Stein, H.* (Heidelberg), Über die zentralen Funktionsstörungen des Drucksinnes, insbesondere über zeitliche Veränderungsgesetze. Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 491.

337. *Stekel, Wilhelm* (Wien), Der Fetischismus. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. 601 S.

338. *Derselbe*, Medizinische Psychologie, Psychotherapie, Sexualwissenschaft und verwandte Gebiete. Sammelreferat. Med. Klin. Nr. 11, S. 355.

339. *Stelzner, Helenefriederike* (Liestal-Basel), Die Kalomelkur und ihre Anwendung bei geistigen und nervösen Erkrankungen. Praxis, 12. Jahrg., Nr. 22, S. 1.

340. *Stenvers, H. W.*, Über zerebrale Störungen des Sprechens, Lesens und Schreibens. Psych- en neurolog. Bl. Nr. 5, S. 235.

341. *Stern, Erich* (Gießen), Psychopathologische Typen. Praxis Jahrg. 12, Nr. 14, S. 5.

342. *Stern-Piper, Ludwig* (Frankfurt a. M.), *Kretschmers* psychophysische Typen und die Rassenformen in Deutschland. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 5, S. 569, (S. 60*.)

343. *Derselbe*, Zur Frage der Bedeutung der psychophysischen Typen *Kretschmers*. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 408. (S. 60*.)

344. *Derselbe*, Konstitution und Rasse. (Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit *E. Kretschmers* in Bd. 82 ds. Ztschr.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 3, S. 265. (S. 59*.)

345. *Stiefler, Georg* (Linz), Zur Klinik des gekreuzten Finger-Grundgelenkreflexes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 29.

346. *Stomps, Th. J.*, Erblichkeit und Chromosomen. Aus dem Holländischen übersetzt von *Paul v. d'all'Armi*. Jena, G. Fischer.

347. *Stockard, Charles R.* (New York), Human types and growth reactions. Amer. journ. of anatomy vol. 31, no. 3, p. 260.

348. *Stransky, E.* (Wien), Grenzen der phänomenologischen Erkenntnis in der Psychopathologie. Vortrag (Jahrhundertfeier der Ges. D. Naturforscher u. Ärzte, Leipzig, Septbr. 1922): Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 52, H. 5/6, S. 303.

349. *Derselbe*, Über übungstherapeutische Einwirkung auf die Gestaltung psychotischer Mechanismen. Wiener med. Wschr. Nr. 16, S. 743.

350. *Strasser, Vera* und *Charlot* (Zürich), Der nervöse und der psychotische Beziehungskranke. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 342. (S. 58*.)

351. *Strecker, Herbert* (Würzburg), Über Temperaturveränderungen des

Menschen als Folgeerscheinung endolumbaler Eingriffe (Punktion, Injektion, Lufteinblasung). Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 514.

352. *Strecker, Herbert* (Würzburg), Über einige physikalische Liquorprobleme. Vortragsbericht (V. Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, B.-Baden, Juni 1923): Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 623.

353. *Derselbe*, Über die Möglichkeit einer wesentlichen Vereinfachung der Enzephalographie. Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 1383.

354. *Strömme, Joh.*, Zum Behandlungsmodus des Sado-Masochismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82. (S. 64*.)

355. *Strohmayer, Wilhelm* (Jena), Die Psychopathologie des Kindesalters. 2. neubearb. Aufl. München, J. F. Bergmann, 359 S.

356. *Stuurman, F. J.* (Santpoort, Holland), Zur Methodik der Adrenalinuntersuchungen am Menschen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 51/52, S. 337. (S. 49*.)

357. *Derselbe*, Ionentherapie bei Nerven- und Geisteskranken. Psych. u. Neurol. bladen Jahrg. 1923, Nr. 3 u. 4. (S. 49*.)

358. *Derselbe*, Schwierigkeiten in der holländischen Irrenpflege. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 27/38, S. 211.

359. *Sutlie, Jan D.*, Some aspects of sociology and their psychiatrical application. Journ. of mental science vol. 69, no. 286, p. 314.

360. *Swanoff-Smolenski, A.*, Die bedingten Reflexe in der Psychiatrie. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. Nr. 1 (1922), S. 80. (Russisch.)

361. *Targowla, René* (Paris), Folie cardiaque et insuffisance ventriculaire gauche. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, ann. 39, no. 14, p. 615.

362. *Tilger, A.* (Mammern im Thurgau), Die Bedeutung der seelischen Schädigungen des Weltkrieges für die verschiedenen Alters- und Gesellschaftsklassen unseres Volkes. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1/2, S. 75.

363. *Tiretta, Girolamo* (Padova), Sulla reazione di *Moritz Weisz* nelle malattie mentali e nelle affezioni tuberculari. Riv. spez. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 47, fasc. 1, p. 53.

364. *Trendelenburg, Wilhelm* (Tübingen), Methodik der Physiologie des Zentralnervensystems von Wirbeltieren. Handbuch der biolog. Arbeitsmethoden, herausgegeg. von *Abderhalden*. Abt. V, Teil 5 B., H. 2. Berlin-Wien, Urban & Schwarzenberg. 372 S. (S. 65*.)

365. *Trömner, E.* (Hamburg), Schlaf und Lethargica. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Ztbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 508.

366. *Vidoni, Giuseppe* (Genova), Un' epidemia psicopatica a Ligosullo nel 1674. Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 46, fasc. 3/4, p. 556.

367. *Vidoni, Giuseppe* (Genova, Michelangelo nel periodo di Savonarola. Riv. sperim. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 47, fasc. 2, p. 314.
368. *Wagner-Jauregg* (Wien), Organotherapie bei Neurosen und Psychosen. Wiener klin. Wschr. Nr. 1, S. 1.
369. *Wahl*, Les délirs archaiques. Ann. méd. -psychol. ann. 81, no. 4, p. 294.
370. *Walther, F.*, Über Grippepsychosen. Verlag Ernst Bircher, Aktiengesellsch., Bern. 5,20 Fr. (S. 49*.)
371. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Der Selbstmord. Berlin, S. Karger. 44 S.
372. *Wenger, Ernest* (Luxemburg), Experimentelle Untersuchungen der Aufmerksamkeit und Auffassung bei psychisch Kranken. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (*Bleuler*-Festschrift), S. 362.
373. *Werner, Johs.* (Stuttgart), Somnifen in der Psychiatrie und internen Medizin. D. med. Wschr. Nr. 9, S. 282.
374. *Whitehorn, J. C.* (Waverley, Mass.), Aporrhegma (amino acid) reactions in psychoses. Amer. journ. of psych. vol. 2, no. 3, p. 421.
375. *Wickel*, Die Aufgaben der Kreisfürsorgerin. Ztschr. f. d. Schwestern vom Roten Kreuz 1923, Nr. 6. (S. 65*.)
376. *Wildermuth, Hans* (Weißenau, Württemberg), Der gescheite Mensch. Umschau 1922, Nr. 5. (S. 59*.)
377. *Derselbe*, Schizophrene Zeichen beim gesunden Kind. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 166.
378. *Wimmer, August* (Kopenhagen), La folie médiumique. Encéphale, ann. 18, no. 1, p. 8.
379. *Wittiger, Friedr.* (Zittau), Blutuntersuchungen mit Berücksichtigung der „Lymphozytosenumstellung *C. Klieneberger*". Münch. med. Wschr. Nr. 9, S. 267.
380. *Wollenberg, R.* (Breslau), Drucksteigerung in der Schädel-Rückgrathöhle und Sehnenreflexe. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 245.
381. *Wuth, O.* (München), Über den Eisengehalt des Gehirns. (Zu der Arbeit von *H. Spatz* in Nr. 77 d. Ztschr.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 474.

1. Symptomatisches.

Bremer (42) berichtet über 2 Fälle einer Herodegeneration des Nervensystems; einmal handelte es sich um eine hereditäre spastische Spinalparalyse, die bis zur sechsten Generation verfolgt werden konnte, und das andere Mal um eine der amyotrophischen Lateralsklerose nahestehende spastische Erkrankung, die sich in zwei Generationen nachweisen ließ. Die erste Erkrankung ging mit einer psychischen Entartung der Familie einher, die sozial von Stufe zu Stufe sank, später affektive Störungen und schließlich einen ausgesprochenen Schwachsinn entstehen ließ. In

diesem Falle lag jedesmal der Beginn der Erkrankung im frühesten Kindesalter. Eine Antiposition konnte nicht festgestellt werden. In sehr vielen Fällen kommt die Erkrankung nach exogenen Einflüssen, besonders nach Infektion zum Ausbruch. Die von Binz aufgestellten Kriterien für die Heredodegenerationen (homologe und homochrome Heredität, endogene Grundlage und Progressivität) lassen sich nicht immer nachweisen. In pathologisch-anatomischer Beziehung schließt sich *Bremer* den von *Schaffer* aufgestellten Kriterien an, der im Hinblick auf die Alzheimerschen Fibrillenveränderungen in den Erkrankungen ein Zeichen eines endogen zentralen Prozesses sieht. Die Ätiologie der Heredodegenerationen ist unbekannt. Die verschiedenen Einteilungsversuche nach klinischen Gesichtspunkten lehnt er ab und schließt sich nur der Einteilung in pathologisch-anatomischer Richtung nach *Bielschowsky* an. Zum Schluß bespricht *Bremer* seine Fälle dun 100 andere aus der Literatur in erbbiologischer Beziehung.

Borries (35 und 36) berichtet über den sogenannten Eisenbahnnystagmus, dem in der letzten Zeit von Augen- und Ohrenärzten ein größeres Interesse zugewandt wird. Beschreibung der Technik: Er selbst gebraucht zur Prüfung nur einen schmalen Streifen Papier oder ein Lineal, wodurch es möglich ist, den Nystagmus neben oder über dem Streifen zu beobachten. Die Beleuchtung der Bulbi wird hierbei nicht behindert. Die zweite Arbeit berichtet über klinische Ergebnisse, so über Fälle mit Abnormitäten der schnellen Nystagmusphase und über die Beziehung zur Sehschärfe. Der experimentelle optische Nystagmus kann selbst bei Quadranthemianopsie und bei konzentrischer Einengung des Gesichtsfeldes bis zu 10 Grad auslösbar sein.

Bunnemann (49) bringt anschauliche Belege für die psychogene Entstehung von Hautsymptomen. Einmal handelt es sich um ein seit Jahren bestehendes, infolge einer Granatsplitterverletzung entstandenes Hautgeschwür, das zunächst unter dem psychischen Einfluß einer auswärtigen Autorität und nach seinem Wiederaufbrechen durch Hypnose heilte und in zwei anderen Fällen um Psoriasis, bei der sich durch die Hypnose vor Jahren erlebte, im Unterbewußtsein verbliebene Affekterregungen als Entstehungsursache nachweisen ließen. In den psychologischen Erörterungen setzt sich *Bunnemann* mit *Stern* auseinander.

Cimbal (55): *Head* hat bei der Aufstellung seiner Reizzonen nur das spinale System und nicht auch das autonome System berücksichtigt. Diese Reizzonen entstehen durch Ausstrahlung eines auf die Empfindungsnerven eines inneren Organes ausgeübten Reizes auf bestimmte örtlich abgegrenzte Zonen des spinalen und autonomen Systems, wenn die Widerstandskraft des betroffenen Systems erschüttert und seine Reizsamkeit einen gewissen, weder zu hohen noch zu geringen Grad erreicht hat. Die auslösenden Reize brauchen keine Organkrankheiten zu sein. Solche Reize sind: Schreck, der auch auf das spinal segmentäre System des Herzens wirkt, verschluckte Tabakssäfte, die auf den Gesamtsympathikus und das vagische System des Magens wirken, die Klitorisreizung mit ihrer Wirkung auf das vagische und spinalsegmentäre System der Genitalien und Krankheiten des Zwerchfells zusammen mit Krankheiten des Pankreas und der Leber. Die Reizzonen im spinalen System zeigen segmentär abgegrenzte Überempfindlich-

keiten der Haut, der Muskeln und der Knochenhäute; im autonomen System eine schmerzhafte und krampfbereite Überreizung aller vom Vagus versorgten Organe und Muskeln. Die Reizzonen können auch nach Abheilung der Organkrankheiten bestehen bleiben und können durch irgendeine fernliegende Ursache (Klimaeinflüsse, seelische Erregung, Giftreize, insbesondere durch Koffein und Alkohol und die Eigengifte der Geschlechtsdrüsen) wieder neu ausgelöst werden. Berücksichtigt muß die Gesamtreizbarkeit des Nervensystems und die suggestible Beeinflußbarkeit werden. Bei der Ausbreitung der Überreizung auf das autonome System muß der Vagus wie jeder andere Hirnnerv bewertet werden, nämlich als der motorische Vermittler zwischen der Gehirntätigkeit und den von ihm versorgten Sympathikuszentren und den Muskeln. Die sogenannte Vagotonie ist eine Erkrankung des Sympathikus, bei der die Sympathikuszentren sowohl an und für sich in ihrer automatischen Funktion gestört sind, als auch auf jeden vom Vagus vermittelten Reiz überstark reagieren. Daneben gibt es selbständige funktionelle oder entzündliche auf Alkohol oder Syphilis beruhende Erkrankungen des Vagus (Herztod, Angstzustände der Trinker, Nackenkopfschmerz, Gefäßspasmen, Kardialgie). Zu den Krankheitsbildern sensibler Form der *Head*schen Überreizung des Vagus gehört u. a. Scheitelkopfschmerz, Ohrensausen, Taumelgefühl, Globus, Angst, Brechreiz, Aufstoßen, Herzklopfen, Zwerchfellspasmen, Harndrang. Der trophischen und sekretorischen Form: Herpes der Lippe, Zunge, des Rachens, Colitis membranacea, Phosphaturie. Der vasomotorischen Form: Ohnmachten durch Gefäßspasmen des Gehirns, Störungen des Blutdruckes.

Behandlung des Organs bei selbstständig gewordenen Reizzonen ist wirkungslos. Massage kommt nur bedingt in Frage, mehr Dauerbäder, Gymnastik, Galvanisation.

Fränkel (75). Somatische und psychopathologische Beschreibung mehrerer Eunuchoider im höheren Alter, die ihn zum Schluß kommen lassen, daß die mit Bestimmtheit geäußerte Anschauung von der Einheitlichkeit der seelischen Struktur der Eunuchoiden nicht bestätigt werden kann. Seine Fälle boten eine regellose Vielgestaltigkeit der seelischen Bilder. Auch bestreitet er Beziehungen zur Epilepsie und zur Schizophrenie und weiter, daß das Studium der Eunuchoiden ein Ergebnis für Untersuchung des Zusammenhanges von Körperbau und Charakter bringt.

Gans (81) berichtet über Beobachtungen an geisteskranken Javanern und berichtigt das, was *Kraepelin* hierüber gesagt hat. Es ist die große Frage, ob die Rasse Unterschiede in den psychopathologischen Erscheinungen hervorrufen kann, ob nicht vielmehr die Psychose psychische Unterschiede verwischt, statt sie deutlicher vor Augen zu führen. Nach seinen Erfahrungen ist der Unterschied zwischen den geistesgesunden Javanern und Europäern ein sehr viel tieferer als zwischen den Geistesgestörten. Er ist geradezu überrascht gewesen von der photographischen Ähnlichkeit vieler psychotischer Erscheinungen bei Eingeborenen und Europäern.

Ganter (84). Aus seiner Statistik sei hervorgehoben: 1919 betrug in Wormditt der Prozentsatz der Todesfälle an Tuberkulose 67,4%. Die Schwachsinnigen unterliegen fast doppelt so häufig der Tuberkulose wie die Epileptischen und bei

den epileptischen Männern war die Sterblichkeit an Tuberkulose größer als bei den Frauen. Dieser Unterschied zwischen Schwachsinnigen und Epileptikern wird auf die Konstitution zurückgeführt. In Saargemünd überwog die Tuberkulosesterblichkeit bei der Dementia präcox mit 45 %. Nächst der Tuberkulose bilden die Pneumonien die häufigste Todesursache. Die Epileptischen sterben häufiger an der Pneumonie als die Schwachsinnigen. An dritter Stelle steht bei den Epileptischen der Status. Er fand ferner in 43,9 % eine Leptomeningitis, bei Schwachsinnigen in 49,5 %, Mikrogyrie bestand bei Epileptischen in 22,5 % und bei Schwachsinnigen in 23,8 %. Tuberöse Sklerose fand sich nicht, aber eine diffuse Sklerose in 6 Fällen, Porenzephalie in 9,8 %. Schon vom 12. Lebensjahre an fanden sich Veränderungen an der Aorta. Bei der Epilepsie kann man im allgemeinen mit einer Lebensdauer von etwas über 20 Jahren rechnen.

Giese (87). Das Symptom der Depersonalisation wird an der Hand von klinisch sehr eingehend geschilderten und später in erbbiologischer, konstitutioneller und psychologischer Beziehung ausführlich ausgewerteten Krankheitsfällen besprochen, die zum Teil dem Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins zugehören, während der zuerst beschriebene Fall als eine Psychasthenie mit neurasthenischen Symptomen endogener Art aufgefaßt und als „Depersonalisationsneurose" bezeichnet wird. Bei den Fällen des manisch depressiven Irresein trat es in den Depressionszuständen auf. *Freud*sche Mechanismen werden für das Zustandekommen von Depersonalisationsattacken nicht verantwortlich gemacht. Doch können seelische Erschütterungen und bemerkenswerterweise auch organische Störungen sie auslösen. Die Depersonalisation erscheint mehr als ein biologisch-konstitutionell bedingter Zustand, als ein psychogen ausgelöster, vom Willen der Kranken bis zu einem gewissen Grad abhängiger. Eingehend werden zum Schluß noch die Differentialdiagnosen gegenüber der Hysterie, den sensitiven Reaktionstypen *Kretschmer*s und der Schizophrenie besprochen.

Haas (97). Krankengeschichte eines zwölfjährigen neuropathisch belasteten Mädchens, das sich fortgesetzt durch Würgen am Halse bis fast zur Bewußtlosigkeit sexuelle Wollustgefühle verschafft. Die ängstliche Spannung beim Tode der tuberkulösen Mutter wird als erster Anlaß der sexuellen Erregung angesehen und ein von der Schilddrüse, deren Beschädigung durch das fortgesetzte Drücken angenommen wird, ausgehender Reiz in Verbindung mit der bei dem Würgen entstehenden Kohlensäureüberladung des Blutes soll die sexuelle Erregung unterhalten.

Hanse (105) bringt die Menstruationsvorgänge in Verbindung mit einem hypothetischen Zentrum, das zwischen Großhirnrinde und den vegetativen Mechanismen des Körpers eingeschaltet gedacht und in das Zwischenhirn verlegt wird und auf dem Umweg über verschiedene endokrine Drüsen, vor allem der Hypophyse in die Menstruationsvorgänge eingreifen soll. Primäre Schädigungen dieses Zentrums oder sekundäre infolge Störungen im Bereiche der psychischen Vorgänge sollen die Funktion der endokrinen Drüsen, in diesem Falle des Ovariums beeinträchtigen. Literaturübersicht und eine Zusammenstellung über Amenorrhoe bei Geistes- und Nervenkrankheiten der Kieler Klinik während der Jahre 1916 bis 1921. Zum Schluß folgt eine Abhandlung über Johimbin.

Haupt (108) gibt als brauchbare technische Hilfsmittel zur Erzielung einer Hypnose an, die eine Hand auf die Stirn und die andere in den Nacken der Versuchsperson zu legen und um das Langweiligwerden der ständig wiederholten Suggestionen zu verhüten, die Versuchsperson vor Erteilung der Heilsuggestionen gegenüber sich selbst und der Umgebung zu desorientieren.

Kehrer (148). Äußerst eingehende Arbeit über verschiedene Probleme aus der Lehre der Pupillenreaktion. Die reflektorische Pupillenstarre wird in Erweiterung der Bestimmung von *Bumke* bestimmt durch: Lichtstarre bei intakter Sehbahn, Aufhebung der nichtoptischen Pupillenreaktionen, Intaktheit der Pupillenmitbewegungen einschließlich der Erweiterung bei fortdauernder Kraftleistung. Neben dem Ausfall der Reflexkollateralen sind auch andere Bahnen betroffen. Eine Atrophie der sensiblen Bahnen in den Hintersträngen kann nicht mehr verantwortlich gemacht werden. Zu der Halsmarktheorie *Reichardt* nimmt er Stellung. Verfasser kritisiert die sogenannte reine reflektorische Pupillenstarre. Theoretisch erkennt er sie an, doch sollen die Fälle, in denen neben totaler Lichtstarre jahrelang eine leichte Störung der Konvergenzverengerung besteht, viel häufiger sein als man bisher meinte, und man müsse ihnen denselben Krankheitswert beimessen als dem reinen *Argyll-Robertson*schen Phänomen. Sie kommen bei positiven wie negativen Liquorbefunden vor.

Bei der Besprechung der myotonischen Reaktion kritisiert Verfasser die Definition *Sängers* und *Straßburgers*. Zur genaueren Kennzeichnung führt er die Begriffe „Tonokinese" zur Bezeichnung der Störung im Bewegungsablauf und „Tonostatus" für das Verharren im Bewegungserfolg ein. Von einer einheitlichen, durch eigenen Namen gerechtfertigten Reaktion kann nicht gesprochen werden. Eindeutige Beziehungen zwischen den typischen Fällen und einer bestimmten Ätiologie haben sich nicht ergeben. Er selbst bringt 2 Fälle, in denen träger Ablauf der Bewegung und Nachdauer der Kontraktion ohne Exkursionsbeschränkung des Lichtreflexes und Intaktheit des Akkomodationsvorganges bestand. Er faßt sie als die bisher einzigen Fälle von reiner Pupillotonie auf, nach der Bezeichnung von *Behr*. Sie waren auf dem Boden einer allgemeinen Heredodegeneration auf muskulärem Gebiet entstanden. Diese Erkrankungsart wird kritisch besprochen.

Die von *Piltz* beschriebene neurotische Pupillenreaktion wird nicht anerkannt. In einem weiteren Kapitel befaßt sich Verfasser mit einem kurzen Überblick über die hauptsächlichsten Typen der Pupillotonie. Das *Redlich*sche Händedrucksymptom, das *E. Meyer*sche Iliakalsymptom und die Beobachtungen von *Westphal* bei Anwendung sensibler Reize werden von gleichem Gesichtspunkte aus behandelt.

In der katatonischen Pupillenstarre *Westphals*, für die ein häufiger Wechsel zwischen allen Weite- und Spannungsgraden, die gelegentliche Unversehrtheit des Lichtreflexes trotz starker Pupillenweite und das Auftreten der Starre auch bei mittlerer Pupillenweite charakteristisch ist, wird ein Symptom des Spasmus mobilis gesehen und statt dessen der Ausdruck Spasmus mobilis der Pupillen eingeführt. Sie wird als eine Teilerscheinung einer ganz allgemeinen Störung der psychomotorischen Steuerung angesehen und für den feinsten und daher äußerst

empfindlichen Ausdruck seelischer oder körperlicher Spannungszustände erklärt. Es wird der Satz aufgestellt, daß jede Pupille im Prinzip die Fähigkeit hat, lichtstarr zu werden, sofern sie durch physiologische Reize überhaupt in den Zustand maximalster Mydriasis oder Miosis versetzt werden kann. Bei der paradoxen Pupillenreaktion handelt es sich zum Teil um Fälle, in denen der normale Lichtreflex so herabgesetzt war, daß er gegenüber der sekundären Erweiterung bei fortdauernder Belichtung übersehen wurde. Hierfür gibt Verfasser ein eigenes Beispiel.

Jakobi (135). Ergebnisse einer 2½ Jahre dauernden mühseligen Arbeit mit dem *Löwe-Zeiß*schen Interferometer zum Studium der Abwehrfermente, unter besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Fragestellung. Die Arbeit war ursprünglich viel länger angelegt, hat aber zeitlichen Schwierigkeiten entsprechend erheblich gekürzt werden müssen. Sie bringt trotzdem eine Fülle von Material und gestattet eine Beurteilung der *Abderhalden*schen Untersuchungsmethode. Die Ergebnisse müssen im Original nachgelesen werden. Es sind Einzel- und Reihenuntersuchungen und vergleichende Organuntersuchungen angestellt. Ferner ist der Abbau in der prämenstruellen Phase und der Einfluß der durch Hypnose hervorgerufenen Affekte auf die Abwehrfermente untersucht. Es sei folgendes hervorgehoben: Auch bei Normalen findet ein Abbau innersekretorischer Organe statt, der mit Ausnahme des Geschlechtsdrüsenabbaues unter 10% liegt. Einzelne Charakteftypen lassen sich nicht unterscheiden. Rein quantitativ zeigen Normale, Hysterische und Manisch-depressive einen stärkeren Abbau als epileptische Demenz, Paralyse, Dementia praecox und Amentia. Beim manisch-depressiven Irresein herrscht Schilddrüsenabbau in der manischen und Leberabbau in der depressiven Phase vor. Paralyse und epileptische Demenz ergeben nahe beieinander liegende Zahlen. Aus den serologischen Formeln lassen sich keine Beziehungen zum klinischen Verlauf konstruieren. Bei der epileptischen Demenz werden nach den Anfällen deutlich niedrigere Werte erhalten als vor den Anfällen. Bei der Dementia praecox werden in absteigenden Werten Geschlechtsdrüsen, Schilddrüsen, Hypophyse, Großhirn und Stammhirn abgebaut. Die Untergruppen der Dementia praecox sind nicht durch bestimmte Abbautypen charakterisiert. Differentialdiagnostische und prognostische Aufschlüsse lassen sich nicht durch die Methode erhalten. Eine strenge Geschlechtsspezifität ist nicht nachweisbar. Serum von Männern ergab einen stärkeren Abbau von Hoden und Serum von Frauen von Ovarien. In der prämenstruellen Phase findet ein stärkerer Abbau statt. Stark affekt betonte hypnotisch erweckte Vorstellungen haben keinen Einfluß.

De Jong (140). Sehr eingehende Untersuchungen über Veränderungen im Blutkreislauf beim psychischen Geschehen. Die Untersuchungen erstrecken sich auf Gesunde und auf Geisteskranke und sind an peripheren Gefäßen gemacht. Die Arbeit muß im Original nachgelesen werden. Aus den Schlußfolgerungen sei hervorgehoben, daß die plethysmographische Normalreaktion auf psychische Reize nur in subnormalen und normalen Spannungszustande der peripheren Gefäße auftritt. Sie zeigt nur quantitative Variationen. In der Normalkurve rührt der Vorschlag von gesteigerter Herzaktion her, während die Volumsenkung die Gefäßreaktion darstellt. Besonders wichtig erscheint der Satz, daß die körper-

lichen Erscheinungen der Katatonie, das gespannte Gefäßsystem, die erstarrte Irismuskulatur, die Spannungen in den quergestreiften Muskeln, die ihr Maximum in der Katalepsie erreichen, die Äußerungen einer pathologischen autonomen Innervation infolge der bei der Katatonie bestehenden dysglandulären Intoxikation sind.

Leyser (196) bringt eine ausführliche Übersicht über die in der Literatur niedergelegten Untersuchungen und kommt unter Schilderung eines selbst beobachteten Falles von alljährlich auftretendem Ikterus in Verbindung mit psychischen Störungen der Verwirrtheit und Erregung zu folgenden Schlüssen: Die Rolle der Leber bei Geistes- und Nervenkrankheiten ist nur selten primär, bisher konnte dies nur beim Delirium tremens wahrscheinlich gemacht werden. Häufiger ist sie sekundär, wobei infolge Betroffenseins bestimmter vegetativer Zentren Funktionsstörungen der Leber auftreten, die die Funktionsprüfungen in positivem Sinne ausfallen lassen. Bei einer dritten Gruppe ist die Erkrankung der Leber der Affektion des Zentralnervensystems koordiniert.

E. Meyer (228) berichtet von 42 Amputierten, die die fortgenommenen Gliedmaßen weiterhin wahrnahmen. Diese Wahrnehmung tritt meistens gleich nach ihrer Entfernung auf. Sie kann nach Monaten wieder schwinden. Vereinzelt waren die Empfindungen bei Witterungswechsel deutlicher. In der Regel wird nicht das ganze Glied, sondern es werden hauptsächlich die distalen Teile und zwar die Gelenke wahrgenommen. Deshalb kommen auch die Gliedmaßen vielfach stark verkürzt zur Empfindung. Auch die erlittenen Wunden können wieder schmerzhaft empfunden werden. Die Empfindungen haben vielfach den Charakter von Schmerzen und Paraesthesien und zwar gleich nach der Amputation mehr als später. Ihnen gegenüber steht die Wahrnehmung des ganzen Gliedes. Weiter wurden Spontanbewegungen wahrgenommen und etwas seltener und weniger deutlich auch willkürliche Bewegungen. Die Kranken beugten die Glieder zum Teil „in Gedanken". Das Gefühl von Mitbewegungen konnte nicht festgestellt werden, in einigen Fällen jedoch das der Nachahmungsmöglichkeit. Druck auf den Stumpf rief bald Empfindungen hervor, bald nicht. Auch die elektrische Reizung des Stumpfes hatte kein einheitliches Ergebnis. *Meyer* schlägt für die Erscheinung den Namen „Gliedbewußtsein" vor und erklärt sie als einen rein zentralen Vorgang. Periphere Reizzustände hält er für die Auslösung des Gliedbewußtseins nicht für nötig.

E. Meyer (229) schildert, wie bei den Kranken mit den ausgesprochenen Symptomen des Parkinsonismus unter dem Einfluß von rythmischer Musik oder auch nur wenn die Lustgefühle zu bestimmten Bewegungen, z. B. zum Tanzen oder Laufen geweckt wurden, die Bewegungsfähigkeit sich so weit wieder hob, daß sie laufen, marschieren und tanzen konnten. Ein Kranker, der das Laufen früher sportlich betrieben hatte, konnte auch spontan laufen. Dieser Einfluß wird auf die Erweckung rythmischer Gefühle zurückgeführt und der Gedanke angeregt, dies therapeutisch auszunutzen, auch bei andersartigen Bewegungsstörungen, z. B. bei denen der Dementia praecox.

Miltner (233). Voluntal ist ein neues von den Farbenfabriken vorm. Friedr.

Bayer & Co., Leverkusen in den Handel gebrachtes Schlafmittel, es stellt gewissermaßen eine Kombination von Urethan mit Chloralhydrat dar und ist chemisch als Carbaminsäuretrichloräthylester oder Trichlorurethan zu bezeichnen (s. auch Med. Ref. Ztg. 1923, Nr. 1, S. 5). Das Mittel wurde bei über 100 Frauen der obigen Klinik angewendet. In ca. 85 % der Fälle wurde eine prompte Wirkung erzielt. Gaben: 0,5 g, besser noch 0,75 g pro dosi. Unangenehme oder schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. In 15 % der Fälle versagte das Präparat, meistens Fälle, in denen auch andere Hypnotika nicht die gewünschte Wirkung hatten. Die Indikation des Voluntals ist insofern einzuschränken, als nur bei schmerzfreien Patienten der gewünschte Effekt erzielt wird. Überhaupt ist das Präparat weniger zu den Schlafmitteln, als zu den Einschläferungsmitteln zu zählen; bezüglich der Intensität der Wirkung dürfte es zwischen Adalin und Veronal stehen.

Nießl v. Mayendorf (247) beschreibt einen Krankheitstypus, der auf dem Boden eines psychopathischen Habitualzustandes und in periodisch auftretenden halluzinatorischen Zuständen verläuft. In der Aszendenz ließ sich nie ausgesprochene Geisteskrankheit nachweisen, doch mußten die Familien, aus denen die Kranken stammten, teils als neuropathisch, teils als verschroben oder als sonst psychisch abnorm bezeichnet werden. Die Kranken selbst waren als Kinder Sonderlinge, verschlossen, in sich gekehrt, aber nicht schwachsinnig, im Gegenteil zuweilen hervorragend begabt und zeigten eine abnorme Entwicklung des Geschlechtstriebes, masturbierten, wurden neurasthenisch, arbeitsunlustig, schlaff, deprimiert, hypochondrisch. Erster Ausbruch der Psychose zwischen 20 und 30 Jahren. Die Sinnestäuschungen, vorwiegend akustischen und optischen Charakters, sind ausgeprägt sinnlich und konzentrieren die ganze Aufmerksamkeit der Kranken auf sich, stören aber die Orientierung nicht, lassen das Bewußtsein ungetrübt, sind stark gefühlsbetont und verleiten die Kranken zu energischen Reaktionen. Die Dauer des Höhepunkts der Krankheit erstreckt sich über mehrere Wochen. Trotz Nachlassens der Sinnestäuschungen tritt nie eine Korrektur der Wahnideen ein. Anstaltsbehandlung nur auf der Höhe der Erkrankung nötig. Keine intellektuelle Beschränkung.

Runge (288) berichtet in zwei Veröffentlichungen über 25 Erkrankungen an akinetisch-hypertonischem Symptomenkomplex, von denen es sich bei 23 um Folgezustände der Encephalitis epidemica handelt, während bei 2 Fällen die Einordnung zweifelhaft blieb. Es werden zunächst die Hauptsymptome, die Rigidität, Bewegungsarmut, Bewegungsverlangsamung, die pseudokataleptischen Erscheinungen, Paresen, die Mitbewegungen besprochen. Zwei Fälle von höchst eigenartigen Mitbewegungen werden besonders geschildert. Eingehender befaßt sich *Runge* mit dem Tremor, dessen Unterschied von dem Tremor bei der Paralysis agitans er hervorhebt, und der Tremorbereitschaft unter Anführung seiner Kokain- und Adrenalinuntersuchungen, durch die im Gegensatz zu den Gesunden ein Tremor hervorgerufen wird und ein schon vorhandener Tremor verstärkt werden konnte. Daneben trat unter der Kokaineinwirkung ein deutliches Wohlbefinden und eine Erleichterung der Bewegungsfähigkeit ein. Das Auftreten des Tremors oder seine Verstärkung wird auf eine direkte oder indirekte Erregung

der Sympathikuszentren bezogen und weiterhin angenommen, daß „vielleicht der amyostatische Tremor direkt oder indirekt irgendwie mit einer Erregbarkeitssteigerung der Sympathikuszentren im Hypothalamus zusammenhängt". Das vegetative Nervensystem ist an dem Zustandekommen der Rigidität wie des Tremors beteiligt. Durch das Atropin ist eine Herabminderung der Rigidität und des Tremors zu erzielen. Ferner betont *Runge*, daß es akinetisch-hypertonische Fälle ohne jedes Zittern in den rigiden Muskeln gibt, doch scheinen sie durch anderweitige Symptome von den übrigen Fällen ausgezeichnet und ziemlich selten zu sein.

In der zweiten Arbeit wird die Wärmeregulation bei den akinetisch-hypertonischen Fällen besprochen. Es ließen sich Störungen nachweisen und zwar auffallend hohe Haut- und auffallend niedrige Körpertemperaturen und ferner paradoxe Regulationserscheinungen im Sinne einer Temperatursenkung nach der Nahrungsaufnahme und weniger prompte Regulation bei Abkühlung.

Siemens, Hermann Werner (318). Das Problem der Geschlechtsbestimmung ist grundsätzlich von der Erblichkeitsforschung gelöst. Die entscheidende Ursache bildet die Erbanlage, die bei dem männlichen Geschlecht unpaarig und bei dem weiblichen paarig ist. Weibliches Geschlecht entsteht, wenn die Geschlechtsanlage paarig, männliches, wenn sie unpaarig vorhanden ist. In bezug auf die Geschlechtsanlage gibt es nur einerlei Eizelle, aber zweierlei Samenzellen. Trifft bei der Befruchtung eine Samenzelle, die die Geschlechtsanlage enthält, mit der Eizelle zusammen, so entsteht ein weibliches Geschlecht, im andern Falle ein männliches. *Siemens* bespricht die Geschlechtsbildung mit einer dominant-geschlechtsgebundenen Vererbung und einer rezessivgeschlechtsgebundenen Vererbung. Hierbei denkt er sich den krankhaften Faktor an die Geschlechtsanlage angekoppelt. Infolgedessen enthält nur die Hälfte der Samenzellen eines behafteten Mannes die Krankheitsanlage. Sie ergeben bei der Kopulation stets Weiber. Die geschlechtsgebundene Krankheitsanlage vererbt sich deshalb vom Vater zwar auf seine Töchter, niemals aber auf seine Söhne. Die rezessiv geschlechtsgebundenen Krankheitsanlagen zeigen sich bei den Weibern nicht, da sie in dem normalen Anlagepaarling überdeckt werden. Die betreffenden Leiden treten fast nur bei Männern auf und werden am häufigsten vom Vater über die äußerlich gesunde Tochter auf den Enkel übertragen. In diese Gruppe gehören u. a. die Farbenblindheit, der lokalisierte Albinismus, die mit Myopie verbundene Hemeralopie, einzelne Formen der Atrophia muscularum und der *Friedreich*schen Ataxie. Weiterhin unterscheidet *Siemens* eine Geschlechtsbegrenzung mit den gleichen Unterabteilungen. Als solche bezeichnet er die Erscheinung, daß eine Krankheitsanlage, die gleichmäßig über beide Geschlechter verteilt ist, bei dem neuen Geschlecht an der Manifestation gehindert wird. Die Erbanlage selbst spielt hierbei keine Rolle. Durch eine solche Störung bei dem einen Geschlecht können die verschiedensten Vererbungsmoden kompliziert werden. Aus der Tierforschung gilt als Beispiel die Kreuzung der hornlosen und der gehörnten Schafe. Von den Menschen wird die Hypospadie und der idiopathische sporadische Kropf hierher gerechnet. Endlich nimmt *Siemens* auf Grund einzelner auffallender Befunde noch eine geschlechtsfixierte Vererbung an.

Stuurmann (357) macht darauf aufmerksam, daß Psychiater und Nervenärzte mehr als bisher die Fortschritte der physiologischen Chemie berücksichtigen müssen. Er bespricht unter Anführung vieler Literaturhinweise besonders die Darreichung von Alkali, die Kalktherapie und Phosphorsäuretherapie. Alkali gibt er in der Form des Natrium bicarbonicum oder eines Gemisches von Natrium citricum 15, Kalium citricum 5 auf 300 Wasser bei nervöser Unruhe und leichter Angst, bei nervössr Schlaflosigkeit, nervösen Herzklopfen und sexueller Neurasthenie. Von der Phosphorsäuretherapie werden die Wirkungen des Rekresals und des holländischen Präparates Glypho besprochen.

Stuurmann (356) verteidigt seine Methode der Adrenalinuntersuchungen am Menschen, bei der er in der Regel eine subkutane und nicht intravenöse Einspritzung macht, gegenüber der Behauptung *Rothmanns*, daß alle derartigen Untersuchungen wirkungslos seien, bei denen nicht vorher zur Ausschaltung psychischsr Beeinflussung eine Scopolamin-Morphiumeinspritzung gemacht sei und bei denen das Adrenalin nicht intravenös eingespritzt sei.

Schmitz (297) berichtet von einer manischen Kranken, der alles bekannt vorkam und die von vielem behauptete, daß sie es so geträumt habe. Er führt diese Erscheinung auf eine Affektstörung zurück, die das Vertrautheitsgefühl betrifft. Das Gegenstück sei in Depressionszuständen zu finden, bei denen zugleich mit dem Sinken des Vitalgefühles die Vertrautheitskomponente bis auf ein Minimum sinken könne, so daß alle Wahrnehmungen eine Fremdheitsqualität besäßen. Das Bekanntheitsgefühl führe sekundär zu falschen Schlüssen über das Auftreten der vermeintlichen Erstwahrnehmungen.

Walther 370). Sehr eingehende Arbeit, die sich auf 60 Fälle erstreckt und in „reine Grippepsychosen" und „Psychosen mit geringem Grippeanteil" unterschieden werden. Es wird die Häufigkeit der Grippepsychosen, dann die Zustandsbilder und Verlaufsformen und die Beziehungen zwischen Grundkrankheit und Psychose besprochen. Ein zweiter Abschnitt behandelt die Pathogenese der Grippe- und Infektionspsychosen und der letzte die Diagnose und Differentialdiagnose. Die Häufigkeit der Grippepsychosen kann nur geschätzt werden; Verf. schätzt sie nur auf 1—2 % der Grippeanfälle. Unter den reinen Grippepsychosen kommen Bewußtseinsstörungen doppelt so häufig vor wie affektive Störungen. Während des Fiebers und des Fieberabfalles treten Bewußtseinstörungen, unter denen Delirien, Dämmerzustände und Amentiaformen unterschieden werden, auf und in der Rekonvaleszenz die affektiven Störungen. Bei den Bewußtseinsstörungen stellt er eine Vorliebe zu psychomotorischer Erregung fest. Die Stimmung ist vorwiegend eine ängstliche und depressive, ihr entsprechen der Inhalt der Wahnideen und die Sinnestäuschungen. Der Verlauf ist ein ungleicher und wechselvoller. Die Prognose ist günstig. Unter den affektiven Störungen sind die depressiven Zustände relativ häufig, sie kommen in verschiedensten Formen vor und der Verlauf ist ein etwas schleppender, aber der Ausgang ist meistens ein günstiger. Die manischen Zustandsbilder sind bedeutend seltener. Unter den Fällen „mit geringerem Grippeanteil" erwähnt Verf. die Auslösung einer Katatonie durch Grippe. Sehr ausführliche Krankengeschichten belegen seine Annahmen. In dem

Kapitel über die Pathogenese setzt er sich mit den Anschauungen *Bonhoeffers* und *Kleists* auseinander. Die hauptsächlichste Wirkungsweise der Grippe ist eine chemisch-toxische. Das Grippetoxin muß ein hochspezifisches Nerven- und Gehirngift sein.

2. Allgemeines. Psychologisches.

Binswanger (23). Ein sehr eingehendes Referat, das eine vorläufige Bekanntschaft mit der Phänomenologie vermitteln soll. Es wird zunächst das Verhältnis zwischen Naturwissenschaft und Phänomenologie besprochen, dann die phänomenologische Methode und schließlich das Verhältnis zwischen Phänomenologie und Psychopathologie. Ein kurzes Referat zu geben, ist nicht möglich und würde auch der Bedeutung der Arbeit nicht entsprechen. Gegenüber der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und Erfahrung, die durch sinnliches Wahrnehmen gewonnen wird, gibt die Phänomenologie ein Erfassen, das weit über die Funktion und das Gebiet der sinnlichen Wahrnehmung hinausgeht und die auch Gegenstandsgebiete erfaßt, die der sinnlichen Wahrnehmung unzugänglich sind. Das, was phänomenologisch wahrgenommen wird, besitzt keine reale Existenz, doch sind es auch keine rein idealen Gebilde oder Ideen im Sinne Kants oder Platos. Diese „Wesen" stehen jenseits des erkenntnistheoretischen Gegensatzes real-ideal, es sind Phänomene, Arten und Gestalten des Bewußtseins, die keiner Natur angehören, dafür aber ein in unmittelbarer Schau erfaßtes Wesen haben. „Es ist kein Sehen mit dem Auge und doch eine unmittelbare Kenntnisnahme, ein Schauen oder Erschauen, das dem sinnlichen an Überzeugungskraft nichts nachgibt, ja es an unmittelbarer Sicherheit vielleicht übertrifft." Zum Unterschied von den Erfahrungs- und Tatsachenwissenschaften einerseits und der Erkenntnistheorie andererseits wird die Phänomenologie von *Husserl* auch als „eidetische" Wissenschaft bezeichnet (eides = das in die Augen fallende, die Beschaffenheit, Art, Sozius).

Birnbaum (26) berichtet über seine Anschauungen über den Aufbau der Psychose. Sie galt bisher als etwas verhältnismäßig einfaches, als ein im wesentlichen von einem Punkte erfaßbares Gebilde, in dessen äußeren Erscheinungen das Wesen der Störung zum Ausdruck kommt. Doch ist sie in Wirklichkeit „ein kompliziertes Gebilde, ein hoch zusammengesetzter Funktionskomplex, hervorgehend aus dem Zusammenspiel und Zusammenwerten verschiedenartiger Kräfte, die selbst eine verschiedene klinische Wertbarkeit, eine verschiedene Valenz im Rahmen der Störung haben". Diese Kräfte sind zunächst pathogenetischer Art, indem sie sich auf die Krankheitsverursachung beziehen, ferner pathoplastischer Art, soweit sie die Krankheitsausgestaltung, die besondere Färbung der Psychose verursachen. Zu diesen Grundmomenten kommen Übermomente prädisponierender und präformierender und provozierender Art. Alle haben für den einzelnen Fall eine verschiedene Wertigkeit. Die pathogenetischen Erscheinungen geben den spezifischen Krankheitsprozeß, den Kern der Psychose wieder. Die patho-

plastischen Gebilde dagegen bedeuten nur unspezifische Krankheitselemente. Alle verschiedenartigen Momente laufen in der Persönlichkeit des Kranken zusammen; sie ist der Hauptausgangspunkt der pathoplastischen Bildungen. Für die restlose Erfassung und Aufstellung der klinischen Struktur reicht die bisher vorherrschende deskriptiv gerichtete psychiatrische Methodik nicht aus, an ihre Stelle muß eine zergliedernde Betrachtungsweise, eine klinische Strukturanalyse treten. Dies wird sich auch in der Diagnostik und Prognostik auswerten.

Birnbaum (27). Kritischer Überblick über die Entwicklung der psychiatrischen Forschungsrichtung. Die Entwicklung im vorigen Jahrhundert wird als ein Übergang von der psychologiesierenden, spekulativen Konstruktion über den Umweg der Einstellung auf das Organisch-zerebrale, dessen Hauptvertreter *Wernicke* war, zum empirischen Klinizismus *Kahlbaums* und *Kraepelins* bezeichnet. Er ist jetzt zu einem Abschluß gekommen und hat in den letzten Jahren grundsätzlich Neues und Wesentliches nicht hervorgebracht, so daß andere Forschungsrichtungen sich geltend machten. Zunächst die phänomenologische *Jaspers* und *Kronfelds*. Sie hat die geringste klinische Bedeutung gewonnen. Zu ihr gesellte sich die „psychodynamische" Forschungsrichtung, „die auf die Erfassung des psychischen Geschehens hinsichtlich der psychologischen Zusammenhänge hinarbeitet". Den stärksten Anstoß gab hier *Freud*. Dann kam es zur charakteriologischen Forschungsrichtung, die die Biographien hervorbrachte. Ihr folgten die erbbiologischen und Konstitutionsforschungen, von denen die letzteren in der Lehre *Kretschmers* von den Körperbau- und Charaktertypen gipfeln, und endlich die Bestrebungen, klinische Erscheinungen als phylogenetische Entwicklungsstufen und zwar als solche verschiedener Entwicklungsschichten aufzufassen. Alle diese Forschungsrichtungen versucht schließlich *Birnbaum* selbst in seiner klinischen Strukturanalyse zusammenzufassen.

Bleuler (30). Im Anschluß an das Buch *Kretschmers* „Körperbau und Charakter" bespricht *Bleuler* eine große Reihe von Fragen, die sich aus den Begriffen „Schizoid" und „Cyklothym" ergeben. Da es sich bei dem „cyklothymen" Typus nicht eigentlich um etwas Zyklisches handelt, sondern um eine allgemein auch den Denktypus einschließende Reaktionsweise, schlägt er den Ausdruck „synton" vor, der nicht nur „gleichgespannt", sondern auch „zusammentönend", „gleichgestimmt", „übereinstimmend" bedeutet. Alle Menschen haben beide Reaktionsformen und man kann nur von „vorwiegend schizoid" und von „vorwiegend synton" sprechen; gleichzeitig drängt sich die Frage auf, ob es sich noch lohne, die Differentialdiagnose Schizophrenie oder manisch-depressives Irresein zu machen, ob man nicht zu fragen habe: inwieweit manisch-depressiv oder schizophren? Schwieriger erscheint die pathogenetische Auffassung hinsichtlich der Erkrankung einer der beiden Komponenten mit ihren Folgen auf die andere. Ebenso wie die unklaren Gemische schizoid-zyklischer Fälle jetzt leichter zu deuten sind, kann jetzt auch der normale Charakter leichter gedeutet werden. Die beiden Komponenten können im Charakter wie in Geistesstörungen im Laufe des Lebens ihre Wertigkeit wechseln (Dominanzwechsel von *Kretschmer*). Die beiden Komponenten haben eine biologische Bedeutung und bekommen eine pathologische Wirkung

nur dann, wenn sie irgendwie im Gleichgewicht gestört oder übertrieben werden. *Bleuler* gibt danach eine ausführliche Schilderung eines syntonen und eines schizoiden Charakters. Die Männer besitzen geringere syntone Eigenschaften als die Frauen. Bei den Kindern dominiert das Syntone in ausgesprochener Weise. Auch beim Abbau des Gehirns in Dementia senilis und Paralyse treten die syntonen Eigenschaften besonders hervor. Das Schizoide vergesellschaftet sich gern mit allerhand dysplastischen Eigenschaften, auch bestehen Zusammenhänge mit Epilepsien und den asthenischen und athletischen Typen *Kretschmers*.

Kehrer (149). Die Schwierigkeiten einer Systematik der Seelenstörungen mehren sich. Die Krankheitseinheiten *Kraepelins* haben sich teils als zu eng, teils als zu weit erwiesen. Die Psychiatergeneration nach *Kraepelin* sieht nach anderen Wegen aus, um das künstliche System *Kraepelins* durch ein natürliches System der Seelenstörungen zu ersetzen. Seit Jahren drängt sich der Gedanke auf, daß „atypisch erscheinende Psychosen und Psychoneurosen als eine Bilanz verschiedener Ursachenkoeffizienten aufzufassen" sind und hat durch *Kretschmer* in seinen Begriffen von der mehrdimensionalen Betrachtungsweise oder in seiner Interferenz verschiedener mehrdimensionaler Koeffizienten und in der Strukturanalyse *Birnbaums* und seiner Unterscheidung zwischen pathogenen und pathoplastischen Krankheitsfaktoren seinen bestimmten Ausdruck gefunden. Doch halten sich weite Psychiaterkreise in der Anwendung der neuen Prinzipien aus theoretischen und praktischen Gründen zurück. Es wird gegen die Objektivität der ermittelten Zusammenhänge Bedenken erhoben und die Möglichkeit ihrer Durchführung angezweifelt. Denn diese erfordert einen ganz erheblichen Mehraufwand an Arbeitsleistung und an Gründlichkeit und Kritik bei der Bearbeitung des einzelnen Falles. Einer erschöpfenden Bilanzaufstellung muß als Ideal die Aufdeckung aller Erlebnis- und Verhaltungsweisen vorschweben, die in gesunden wie in kranken Tagen der Kranke gehabt hat. Es muß ein Vollpsychogramm des einzelnen Kranken aufgestellt werden, bei denen die subjektive Einfühlung, ein Verstehenwollen aus Gegenwart und Zukunft eine entscheidende Rolle spielt. Diese vom Untersucher ausgehende Subjektivität des Verfahrens ist es, die besonders Bedenken erregt hat, weil ein Zuviel an inhaltlichen Erlebnissen erzielt werden könne. *Kehrer* rechnet dagegen eher mit der Möglichkeit eines „Zuwenig" an Ergebnissen infolge Verschweigens wichtiger Zusammenhänge seitens des Kranken und er hofft auf die Schaffung psychologischer Äquivalentbilder. Voraussetzung ist die Kenntnis einer „vergleichenden Psychologie und Psychopathologie der soziologischen Grundeinstellungen und -situationen der Einzelindividuen". Die Bedeutung der Erblichkeitslehre und des Konstitutionsbegriffes, namentlich im Sinne *Kretschmers*, ferner die Bedeutung der innersekretorischen Funktionen und die Untersuchung des Dauertonus des vegetativen und animalischen Nervensystems werden als zugehörig zu der Methodologie in der jüngsten Phase der Psychiatrie besprochen und zum Schluß wird zur experimentellen Psychologie übergegangen, die das Ziel hat, anderweitig nicht ermittelbare seelische Eigenschaften aufzudecken, aus denen sich die im Krankheitsbilde hervortretenden Symptome und ihre Entwicklung verstehen lassen.

Kehrer und *Fischer* (150) geben das ausführliche Modell einer Untersuchung, deren Grundzüge *Kehrer* in der vorangehenden Arbeit dargelegt hat.

Kehrer (151) geht der Frage nach, ob es unter den psychogenen Psychosen symptomatische Sonderformen gibt, die, ohne im gewöhnlichen Sinne hysterisch zu sein, ausschließlich bzw. allein spiritistischen Erleben ihr Dasein verdanken und beantwortet sie unter ausführlichster Schilderung entsprechender Erkrankungen mit dem Satze:„daß das lange und eifrig betriebene Psychographieren bei bestimmt veranlagten Persönlichkeiten insofern eine spezifische Wirkung ausübt, als es unter dem Einfluß beharrlichen Geistschreibens zu akuten oder chronischen Ausnahmezuständen kommt, in deren Mittelpunkt bei aller wechselnder Symptomatik im übrigen und trotz alles im landläufigen Sinne hysterischen Beiwertes beherrschend das konversatorische Stimmenhören steht". Er setzt diese Psychosen in Vergleich zu den Haftpsychosen und bezeichnet sie nach dem *Steckel*schen Ausdruck als psychographische Psychosen. Die Veranlagung erblickt er in einer „Überansprechbarkeit des Vorstellungs-Sprechapparates", die sich im gewöhnlichen Verkehr in einer ungewöhnlichen sprachlichen Lebendigkeit und Flüssigkeit ausdrücken soll und mit einer Disposition zu Pseudohalluzinationen vergesellschaftet ist. Nicht der Trancezustand soll den seelischen Ausnahmezustand auslösen, sondern das in bestimmter Erwartung ausgeübte „medianime" Schreiben. Die Erkrankung hat sich nur bei weiblichen Individuen gefunden, bei alleinstehenden Frauen, die in den Rückbildungsjahren waren und von Haus aus und beeinflußt durch besondere Lebensschicksale eine starke reaktive Labilität zeigten.

Im Anschluß hieran erörtert *Kehrer* den Begriff der Hysterie, will aber bei dem heutigen Stande unserer psychologischen Einsichtsmöglichkeiten darauf verzichten, den Hysteriebegriff abzugrenzen.

Kehrer (153). Kritisches Übersichtsreferat über die seit 1912 erschienenen Arbeiten über die Psychosen des Um- und Rückbildungsalters. Die klassifikatorischen Unsicherheiten gegenüber zahlreichen Geistesstörungen des höheren Lebensalters beruhen zum großen Teil auf der Unklarheit der pathogenetischen Betrachtung, denn die Faktoren, die für die Abgrenzung dieser Geistesstörungen maßgebend sind, werden recht verschieden bewertet. Besonders ist das der Fall bei dem Begriff „Involution", mit dem bald das Klimakterium gemeint wird, bald Vorgänge, die aus dem Altern der Hirnsubstanz sich ergeben. Das Klimakterium ist aber nach *Bleuler* streng von der senilen Degeneration zu unterscheiden. Der Begriff „präseniles Irresein" ist ein Sammelbegriff für die verschiedensten Krankheitsbilder der späteren Lebensjahre und in Zukunft aufzulösen und es wird notwendig sein, die einzelnen Krankheitsfälle vom Gesichtspunkt der Pathologie des Stoffwechsels und der Funktionen des Nervensystems zu untersuchen. Auch die Frage nach den Beziehungen des Klimakterium virile zu psychisch nervösen Störungen ist noch ungeklärt. Die Besprechung der Depressionszustände geht aus von der Entwicklung der *Kraepelin*schen Auffassung, der sich *Rehm*, aber nicht *Bleuler*, *Bumke*, *Seelert* und *Albrecht* angeschlosesn haben. Bei der Besprechung der paranoiden Psychosen werden *Kleists* „Involutionsparanoia", *Albrechts* „präsenile Paraphrenie", *Sarkos* „Involutionsparaphrenie" und *Seelerts* „paranoide

Psychosen im höheren Lebensalter" miteinander verglichen. Es ergibt sich der Satz: daß allein die Betrachtung unter dem Gesichtspunkt eines außerordentlich komplizierten In- und Durcheinanderwirkens aller nur denkbaren psychophysischen Koeffizienten eine Klärung der dunkeln funktionellen oder funktionell beginnenden Seelenstörungen des Um- und Rückbildungsalters zu versprechen scheint. Der von *Albrecht* und von *Rehm* beschriebene „depressive Wahn" ist zum Teil identisch mit *Gaupps* „depressiv klimakterischer Erregung" und *Kleists* „akute paranoisch gefärbte Psychose des Präseniums auf dem Boden ängstlich lebhafter Konstitution".

Die Erforschung der senilen Psychosen fußt in erster Linie auf der Histopathologie. Aus der klinischen Forschung werden besonders *Bleulers* Arbeiten gedacht, der seine Unterscheidung zwischen Grundsymptomen und akzessorischen Symptomen auch auf die senilen Geistesstörungen angewandt hat. Im Gegensatz zu dem Begriff Dementia senilis im engeren Sinn hat der Begriff der Presbyophrenie wieder verschiedene Auslegungen erfahren und wird auch von den Ergebnissen der hirnpathologischen Untersuchungen (*Fischer*) nicht sehr geklärt. Im Anschluß hieran wird die Alzheimersche Krankheit besprochen und festgestellt, daß über ihre Stellung im Rahmen der organischen Prozesse der späteren Lebensjahre heute fast noch größere Unklarheit herrscht als zur Zeit der ersten Beschreibung. Zum Schluß werden die Arteriosklerose und die Spätepilepsie besprochen.

Mangold (219). Übersichtsreferat über die in den letzten 2 Jahren erschienenen wichtigsten Arbeiten über das Zentralnervensystem.

Bleuler (29) schildert zunächst den psychologischen Werdegang bei der Bildung von Begriffen und Vorstellungen und stellt den Satz auf „Wenn die Begriffs- und Vorstellungsbildung etwas Neues schafft, das in den einzelnen Wahrnehmungen nicht enthalten ist, so ist das nichts der Psyche Eigentümliches". *Bleuler* vergleicht den Prozeß der Begriffsbildung mit der Herstellung einer Typenphoto. Der Begriff ist statt aus sinnlichen klaren Empfindungsvorstellungen aus ganz vagen allgemeinen Komponenten zusammengesetzt, die einfache Teilkomponenten und Abkürzungen der Sinneseindrücke sind. Das „Gemeinsame" der einzelnen Wahrnehmungen, das in den Begriff eingeht, ist etwas Neues. Der Begriff des Gemeinsamen ist hierbei etwas wie eine Abstraktion. In der Allgemeinvorstellung liegt auch positiv das Nicht-Gemeinsame, die nur von einzelnen Individuen verwirklichte Möglichkeit. Auch handelt es sich nicht um eine „Summe", sondern um das, was man „schöpferische Synthesen" genannt hat. Doch werden die Engramme der Sinnesqualitäten nicht ausgelöscht, sondern nur „umgearbeitet" und aktiv ausgeschaltet. Bei Abnahme der psychischen Energie (im Schlaf, bei schweren Vergiftungen, beim passiven Schweifenlassen der Phantasie, bei der Assoziationsschwäche des Schizophrenen) treten sie wieder hervor. Lebhafte sinnliche Vorstellungen bis zu Halluzinationen sind oft nicht eine Reiz- sondern eine Ausfallserscheinung. Es besteht eine gewisse Selbständigkeit und Spontaneität der Vorstellungen und die gewöhnlichen Vorstellungs- und Anschauungsbilder verändern sich beständig unabhängig von unserm Willen, doch bleiben sie alle in einem gewissen logischen Zusammenhang. Diese Veränderlichkeit läßt das Vorkommen

ganz sinnloser, auch dem Kranken unverständlicher Halluzinationen begreifen. Bei der Schizophrenie sind die Halluzinationen nicht zum kleinen Teil durch die Schwäche derjenigen Kräfte bedingt, die die Ekphorie der sinnlichen Engramme in Schranken hält.

Dürck (62). Geschichtlicher Überblick über die Gehirnanatomische Forschung, die uns schließlich so weit gebracht hat, daß wir eine deutliche Vorstellung darüber haben, wo die Werkstätten liegen, aus welchen nach unserer Überzeugung alle Vorgänge geistiger Tätigkeit hervorgehen, aber uns nicht lehren können, „wie die Vorgänge, welche wir als geistige bezeichnen, an der organisierten Materie sich abspielen".

Kläsi (157) kommt auf Grund der genauen Erforschung von 31 Fällen zu folgender Begriffsbestimmung: „Stereotypien sind Äußerungen motorischen, sprachlichen und gedanklichen Charakters, die von einer Person, oft während sehr langer Zeit, immer in der gleichen Form wiederholt werden und die, vom Gesamtgeschehen vollständig losgelöst, d. h. autonom, weder eine Stimmung ausdrücken noch sonst einem Zweck in der Wirklichkeit angepaßt sind". Die Begriffsbestimmungen anderer Autoren werden einer eingehenden Kritik unterzogen. *Kläsi* rechnet automatisch gewordene Abwehrbewegungen gegen Stimmen und ähnliche Handlungen, die sich aus der Stellungnahme gegen Sinnestäuschungen und Wahnideen ergeben, zu den Stereotypien, weil es sich um autistische Erscheinungen handelt; nicht aber die jammernden, einförmigen Gesten der Melancholiker, das Wiegen und Wackeln der Idioten und die Berufsbewegungen der Organischen, weil sie notwendige Ausdrucksbewegungen und nicht sinnlos sind oder dem Bedürfnis entspringen, die Beziehungen zur Wirklichkeit nach Möglichkeit zu äußern und festzuhalten. Die Stereotypien der Idioten werden als Zeichen der Bewegungsfreude aufgefaßt, das infolge der Gedankenarmut zu wenig variationsfähig ist. Diese und die Berufsbewegungen der Organischen werden als Monotypien bezeichnet und solche Stereotypien, die eine Vorstellung andeuten sollen (Pusten, in dem Glauben eine Dampfmaschine zu sein), als Verdeutlichungen oder Hermenien. Die Annahme, daß Stereotypien zerebrale Reizerscheinungen seien oder auf Halluzinationen im Muskelsinn beruhten, wird zurückgewiesen. Die Bewegungsstereotypien sind zum großen Teil Abwehrhandlungen gegen halluzinatorische Körperempfindungen, bei anderen Zeremonien zur Beschwörung von Sinnestäuschungen oder zur Bekräftigung oder Versinnbildlichung einer Weihe oder Buße, bei anderen autistische Zweckhandlungen und endlich Überbleibsel früherer Berufsbewegungen oder anderer Handlungen, die früher auf die Wirklichkeit Bezug nahmen. Diese sollen sich durch ihre hochgradige experimentelle Beeinflußbarkeit und Wandelbarkeit, durch Neigung zum Zerfall und zur Verlegung und durch ihre Vergesellschaftung mit Stereotypien verschiedensten Ursprungs und Charakters auszeichnen. *Kläsi* glaubt, daß dieser Unterschied so hervorstechend sei, daß er geradezu diagnostisch hinsichtlich der Grundkrankheit bewertet werden könne. Die Relikthandlung ist vielfach eine Symptomhandlung im Sinne *Freuds*.

Kronfeld (175). In dem Handbuch der Psychiatrie ist entgegen dem ursprünglichen Plan die Besprechung der Psychopathien aufgeteilt. *Kronfeld* hat

die Bearbeitung der Sexualpsychopathie übernommen. Diese Aufteilung und Absonderung entspricht nicht nur der Weite der psychopathischen Erscheinungen, sondern auch der Sonderstellung der Sexualpsychopathologie im Rahmen der Psychopathien überhaupt. In der Einleitung ist dies besonders auseinandergesetzt und betont, wie die Sexualpsychopathologie sich von der Psychopathologie anderer Symptome dadurch unterscheidet, daß ihre seelischen Erscheinungen inhaltlich und strukturell eng an die mit der Geschlechtlichkeit zusammenhängenden Seelenerregungen gebunden sind. Deshalb muß auch ihre Darstellung sich eng an die Beschreibung und Analyse des typischen gesunden Sexuallebens der Psyche anlehnen. Dementsprechend werden zuerst die normalen Verhältnisse, der Geschlechtstrieb und seine Auswertung innerhalb der psychischen Persönlichkeit und seine Grundlagen besprochen, wobei den konstitutionellen Faktoren der Sexualität ein besonderes Kapitel gewidmet wird und darauf hingewiesen wird, daß an einem konstitutionellen Faktor spezifischer Art bei einer Reihe von Fällen sexueller Triebanomalien kaum mehr zu zweifeln sein dürfte. Doch habe sich auch „überraschenderweise gezeigt, daß die konstitutionellen Dispositionen zu abartiger Psychosexualität und zu allgemeinen psychopathischen Reaktionsweisen vielfach außerordentlich verwandt sind, ja teilweise zusammenfallen", wodurch die gegensätzliche Auffassung zwischen den Psychiatern und den Sexualwissenschaftlern überbrückt würden. Der spezielle Teil umfaßt die Schilderung der sexuellen Perversionen und der sexuellen Neurosen. Die Ausführungen sind in wohltuender Kürze, dabei aber doch ausführlich genug gehalten, um voll anschaulich zu wirken. Auf eine Schilderung einzelner Fälle ist verzichtet und auf theoretische Erörterungen nur in beschränktem Maße eingegangen. Ein Literaturverzeichnis, das fast die Hälfte der Abhandlung ausmacht, ist beigefügt.

Misch (237) läßt die Physiognomie, sowohl den Gesichtsausdruck wie die Körperhaltung abhängig sein von einem Tonus automatischer Zentren im Gehirnstamm und den großen Ganglien. Sie werden durch exogene oder assoziative Reize srregt und erzeugen in der Rinde entsprechend subjektive Gefühle und Vorstellungen, die nun ihrerseits wieder die entsprechende Muskulatur des Gesichtes oder den ganzen Körper erregen. Dabei zerlegt er die Physiognomie in einzelne somatische Konstitutionstypen.

Rosenberg (284) glaubt eine Wahnidee (Vergiftungsidee) bei einem organisch Geisteskranken (parkinsonähnliche Symptome nach Kopftrauma) auf einen schon im gesunden Geistesleben vorhanden gewesenen Vorstellungskomplex zurückführen zu können, dessen psychologische Bedingungen durch den organischen Prozeß gelockert wurden, so daß Beziehungen des früheren Erlebnisses zur eigenen Person entstanden.

Schwenninger (310) versucht extreme Fälle von schizophrenem Autismus psychologisch verständlich zu machen, indem er auf die Zusammenhänge mit dem normalen Seelenleben hinweist. Der Begriff „Entfremdung der Wirklichkeit" wird aufgeteilt in die Bedeutung des Unbekanntseins und in die Beschränkung oder Aufhebung des Gefühles, innerlich mit einer Person oder einem Dinge der Umgebung einig, verwachsen zu sein, sich heimisch in der Umgebung zu fühlen.

Diese letzte Bedeutung ist das Analogon für die Loslösung von der Wirklichkeit im schizophrenen Seelenleben. Ein weiteres schizophrenes Symptom ist der Verlust des „Wertsinns", womit der Schizophrene die einem jeden Normalen innewohnende Fähigkeit einbüßt, die Dinge und Vorgänge in der Umgebung hinsichtlich seiner Person irgendwie zu werten. Ferner geht dem Schizophrenen in seinem Denken die Leitung der „Sachwelt" verloren und die Leitung durch „die im Hintergrunde des normalen seelischen Lebens vorhandenen Einsichten, Wert- und Sollensordnungen". Endlich soll der Schizophrene eine gewisse Einsicht in das Sinnlose seines Sprechens und Tuns haben und unter dem Drange stehen, sinnlos zu handeln und einem „Reize des Unsinns" unterliegen.

Reichardt (274) findet es auffallend, daß bei den Untersuchungen über die Konstitution gar nicht des Gehirns und der Hirnuntersuchungen gedacht wird und glaubt, daß das Anlageproblem eine Brücke zwischen seinen Untersuchungen über das Gehirn, die bis jetzt wenig beachtet worden sind, und der übrigen psychiatrischen Forschung bilden können. Er bespricht deshalb auf Grund eines Sektionsmaterials von 350 einheitlich sezierten Fällen das Hirnwachstum, das Hirnvolumen und die physikalischen Eigenschaften des Schädeldaches. Bei den Untersuchungen über das Hirnwachstum muß in erster Linie der kindliche Hydrozephalus ausgeschlossen werden. Um einen Vergleichsmaßstab zu haben, sind in der psychiatrischen Klinik Tabellen über das Verhältnis der Körpergröße zu dem Normalschädel ausgearbeitet. Diese Tabellen werden aufgeführt und besprochen. Organisch exogene Erkrankungen weisen in 10 % Fälle auf, die um 15 % zu klein sind. Auch die Schizophrenie geht anscheinend mit einer gewissen Wachstumshemmung des Gehirns einher. Andererseits kann sie auch mit einer echten Mikrozephalie einhergehen. Bei der Paralyse übertrifft die Zahl der zu kleinen Schädelinnenräume die bei den organisch Exogenen um mehr als das Doppelte. Eine wichtige Aufgabe für die psychiatrische Anlageforschung ist die systematische Untersuchung über Hirnwachstum und innere Sekretion. Die Hirnschwellung muß von der reinen Mikrozephalie getrennt werden. Reichardt nimmt an, daß normalerweise das Verhältnis zwischen Schädelinnenraum und Hirnvolumen etwa 10 % beträgt. Es gibt eine dauernde Anlage zur Hirnschwellung. Sie gibt eine Erklärung dafür ab, daß manche Personen auf exogene Krankheiten in höherem Maße epileptiform oder katatonieform reagieren als andere. Der Hirnschwellung gehen keine nachweisbaren charakteristischen histologischen Befunde parallel und man kann sie auch nicht erwarten. Auch die Enge der Ventrikel ist von Bedeutung. Weite und Länge der Ventrikel sind individuell sehr verschieden. Das spezifische Gewicht des Schädeldaches liegt um 1700 herum. Es bestehen aber ungemein große Schwankungen. Ein Teil der leichten spezifischen Gewichte bildet eine individuelle Eigentümlichkeit. Das weibliche Geschlecht überwiegt sowohl bei den leichten als den schweren Schädeldächern. Im Alter überwiegen die leichten. Die Paralyse ruft keine Osteoporose hervor. Schizophrene und katatonische Symptome gehen vielfach mit hohen spezifischen Gewichten einher.

Mönkemöllers (240) Schilderung der geistigen Krankheitszustände des Kindesalters kommt in unserer politisch so sehr bewegten Zeit, in der selbst manche aus-

gereifte Persönlichkeit aus dem psychischen Gleichgewicht geraten und unter dem Einfluß unklarer Köpfe und Schwärmer verfallen ist, und die weit in die Reihen der Jugendlichen eine Erregung gebracht hat, gerade zur rechten Zeit. Es ist nicht nur das Interesse an den Jugendlichen weit über das seit langem schon vorhandene Maß hinaus erwacht, es ist auch zur gebieterischen Notwendigkeit geworden, noch allgemeiner und viel intensiver wie bisher die Aufmerksamkeit den Jugendlichen zuzuwenden. Denn selbst in solchen Kreisen, in denen bisher alles harmonisch verlief, findet man eine Kluft zwischen Eltern und Kindern. Da ist es notwendig zu wissen, was in dem Verhalten der Jugendlichen Krankheit und was nur Einfluß der Umgebung und warum, auf welcher Veranlagung die Jugendlichen dem Einfluß der Umgebung zugänglich sind. Dies lehrt *Mönkemöllers* Buch. Es ist aus Vorträgen entstanden, die vor dem allgemeinen Publikum in der Hildesheimer Volkshochschule gehalten sind. Es ist gemeinverständlich gehalten, zeigt aber durchweg die enorme Erfahrung, die der Verf. in jahrzehntelanger Arbeit in der Fürsorgeerziehung, durch die er zu einer der maßgebensten Persönlichkeiten auf diesem Sondergebiet der psychiatrischen Wissenschaft geworden ist, erworben hat. Es ist kein Zweifel, daß dieses Buch weit in alle Volksschichten eindringen wird.

Specht (330) weist auf die zunehmende Bedeutung hin, die das Zwischenhirn für die Klinik der Psychosen gewinnt. „Die These von der ausschließlichen Bedeutung der Hirnrinde für das Seelenleben bzw. von deren Erkrankung für die Geistesstörungen läßt sich nicht mehr aufrechterhalten."

Sommer (326). Es liegt ein eigenes Referat des Verf. selbst vor. *S.* behandelt das Thema auf dem Boden der vergleichenden Biologie, die sich in Morphologie, Physiologie und Psychologie gliedert und in allen drei Teilen in ein normales und ein pathologisches Gebiet eingeteilt werden kann. Aus dem normalen morphologischen Teil erwähnt *S.* die Umformung der Extremitäten beim Pferd, aus der pathologischen Morphologie gibt er eine vergleichende Darstellung des Hydrocephalus bei Menschen und Tieren. Entsprechend dieser Betrachtungsweise fordert *S.* eine vergleichende Psychologie und Psychopathologie von den niederen bis zu den höchsten Tierformen. *S.* hat bei Tieren Beziehungen zu bestimmten psychopathologischen Grundsymptomen beim Menschen feststellen können. Im einzelnen behandelt er die reproduktive Assoziation, die besonders beim Pferd in erstaunlicher Weise vorhanden sein soll, so daß lange Reihen optisch motorischer Art, ohne jede Abschweifung durch Seitenketten genau wiederholt werden. Weiterhin hat sich ergeben, daß bei Pferden psychophysische Komplexe, die ursprünglich durch starke Reize (Peitsche) ausgelöst werden, nach fortschreitender Abschwächung der Reize durch minimale Andeutungen hervorgerufen werden. Weiter weist *S.* auf die unwillkürlichen Reflexhemmungen bei Menschen und Tieren hin, ferner auf die Angst bei Tieren und auf die Sinnestäuschungen, auf die Muskelstarre und den Krampf.

Vera und *Charcot Straßer* (350). Verf. kritisieren die heute gültige psychologische Betrachtungsweise, weil nur nach den Symptomen und nicht nach dem Gesamtcharakter geurteilt würde. Assoziationen, Affekte und Gefühle, wie auch

das sogenannte Unbewußte, seien als Grundlage zum Diagnostizieren der Krankheit eine unzulängliche Quelle. Hier heißt es umwerten. Die zukünftige naturwissenschaftliche Methodik der Psychologie müsse sich erstrecken auf die Erfassung der Gesetze, die den geistigen Fähigkeiten an sich, den unumstößlichen Gesetzmäßigkeiten der Beziehungswelt, den unerschütterlichen Forderungen des Lebens, der Innen- und Außenwelt zugrunde liegen. Sie geben Maßstäbe, von denen nicht nur verschiedene Typen der gesunden Welt, sondern auch der Nervöse und der Geisteskranke sich ableiten ließen und die sie aufteilen in den „verirrt aktiven" und den „von vornherein inaktiven Nervösen", in den „aktiven" und den „passiven" Psychotiker.

Wildermuth (376) unterscheidet Begabung, Klugheit und Gescheitheit. Der Begabte faßt rasch auf, lernt leicht und überwindet spielend Schwierigkeiten, die von anderen erst nach heißer Arbeit besiegt werden können. Klugheit ist die Kunst, Menschen und Dinge der Umgebung in Beziehung auf die eigenen Lebensziele richtig zu werten. Bei ihr wirkt das Gefühl ebenso mit wie der Verstand. Das Gebiet des Klugen ist die Politik, insbesondere die Diplomatie. Hier gälte es, unausgesprochene Strömungen und Stimmungen zu erfassen, oft nur zu erfühlen und zu nützen. Gescheitheit ist das unbedingt richtige Erkennen und Einschätzen von Menschen und menschlichen Dingen. Es sei die höchst mögliche Verstandesstufe überhaupt. Doch sei Gescheitheit allein für den durch sie ausgezeichneten vollständig unfruchtbar, sie spiele für das Fortkommen im Leben gar keine Rolle. Klug sein heißt klug handeln; der Begabte lenke die Aufmerksamkeit auf sich; die Gescheitheit offenbart sich im vertrauten Verkehr.

Kretschmer (171) bespricht aus Anlaß der Behauptung, daß die von ihm herausgearbeiteten Konstitutionstypen den Rassetypen entsprächen, die Unterschiede zwischen Konstitutionstypen und Rassetypen und ihre Beziehungen zueinander. Das Ziel des Rasseforschers ist ein historisches, er will die ursprünglichen Rassetypen feststellen und die heutigen Völkergemische auf die letzten Urrassen zurückverfolgen. Der Konstitutionsforscher dagegen will die äußere Erscheinung auf ihre physiologischen Funktionsgrundlagen zurückführen. Die von den beiden Forschungsrichtungen herausgearbeiteten Typen decken sich nicht notwendig, sondern überschneiden sich vielfach, weil die natürliche Züchtung der Arten, aus der die menschliche Rassebildung hervorgeht, sich nicht direkt um die Radikale der Konstitutionsforschung kümmert. Beide Forschungsrichtungen müssen zunächst getrennte Wege gehen. Die Unterschiede erstrecken sich zum Teil bis in das Technische des Untersuchungsschemas. Beide Arten der Typen sind grundsätzlich von einander zu trennen, zwischen ihnen besteht sogar eine gewisse Gegensätzlichkeit. Nur mit abgeschwächten oder legierten Typen der Konstitutionsforschung lassen sich die Rassetypen in Beziehung setzen. Die Erforschung der Konstitutionstypen darf sich nicht nur auf die nordisch-alpine Rassemischung beschränken.

Stern-Pieper (344). Entgegnung auf die Ausführungen *Kretschmers*, in der er seine Anschauung von der Übereinstimmung der *Kretschmer*schen Typen mit den Rassetypen weiter belegt. Gerade aus der bis ins Einzelne gehenden Schilde-

rung *Kretschmers* leitet er seine Annahme her, daß *Kretschmer* die Rassen des deutschen Volkes abgezeichnet hat.

Stern-Pieper (342 u. 343) bespricht zunächst die Beziehungen der Körperbautypen *Kretschmers* zu den von anderer Seite, namentlich den Franzosen aufgestellten Typen. Im Gegensatz zu ihnen bringe *K.* die gesamte seelische Wesensart mit der Körperform in Korrelation und habe damit psycho-physische Typen geschaffen, die in zwei große Kreise, den zyklothymen und den schizothymen zerfallen. Die engen Beziehungen des Schizoid, das nur als eine abnorme Variation des Gesunden aufzufassen ist, zu der Schizophrenie sind noch nicht geklärt; auch noch nicht, wie aus einer schizoiden Veranlagung eine Schizophrenie entsteht. *Stern-Pieper* selbst glaubt, daß *K.s* Typen Rasseformen zugrunde liegen. Der asthenische Typus entspricht der nordischen Rasse und der Pykniker dem Homo alpinus. Bei dem athletischen Typus ist es ihm fraglich, ob es sich um einen einzigen bzw. um einen einheitlichen Rassentypus handelt. Doch will *Stern-Pieper* rassenpsychiatrische Schlüsse nicht ziehen, wenn solche auch naheliegen, wie z. B. die Disposition der alpinen und wohl auch anderer pigmentierter Rassen zu dem manisch-depressiven Irresein und umgekehrt die geringe Veranlagung der nordischen Rasse zu dieser Erkrankung.

Charlotte Jakob und *Kurt Moser* (134) haben 192 Geisteskranke und schizoide Psychopathen nach der Methode *Kretschmers* durchgemessen und geben die gefundenen Werte.

Kollarits, Jenö (164). Der Verf. zieht die medizinischen Konsequenzen, die für den Arzt wichtig sind, weil er die chronisch Kranken und Unheilbaren psychisch führen sollte. Das wird vernachlässigt. Der Arzt muß sich an die Strebungswelt der Kranken richten, ihnen Gelegenheit verschaffen zu einer sei es noch so minimalen Tätigkeit. Die Art der Tätigkeit herauszufinden ist die Aufgabe des Arztes. Es ist ein Fehler der Spitäler, Sanatorien, Siechenheime, Irrenanstalten, daß sie die Kranken, die was leisten können, nicht oder nicht genügend systematisch beschäftigen. Für Krankheiten, die heilen, ist das ebenso wichtig, nicht so sehr ablenkungshalber, als vielmehr um den Organismus in Kraft zu halten. Zu den organischen Strebungen gehören auch die Illusionen. In dieser Hinsicht steht jedoch der Arzt oft vor unlösbaren Fragen, da er das Schlimmste nicht sagen kann, anderseits aber mit Erweckung von unerfüllbaren Hoffnungen auch schadet, besonders wenn er solche den Kranken vorspiegelt, die schon Beruhigung im Leiden gefunden haben. Für Trostworte, die oft nicht anders als leer ausfallen können, ist der Patient nicht dankbar; Argumente, die mit dem Leid polemisieren, rufen Widerspruch hervor: gefühlsmäßiges Eingehen ins Leiden, Mitgefühl nimmt der Kranke eher mit Dankbarkeit und Beruhigung an. Klagen sind von der Umgebung mit Geduld anzuhören, außer solchen jener Neurotiker, die an Klagesucht leiden (*Jendrassik*) und sich nicht bessern, solange sie klagen können. Solchen ist das Klagen zu verbieten. (Referat des Verfassers.)

Kollarits (165) bringt die augenblicklichen weltpolitischen Ereignisse in Beziehung zu allgemein biologischem Geschehen, wie es sich in der Entwicklung des Einzelwesens und der Arten auswirkt. Einen der wichtigsten Charakterzüge des

heutigen Zeitalters sieht er darin, daß die Menschengruppenpsychen hinter dem anatomischen, von der Technik schon fertiggestellten Weltgerüste zurückgeblieben sind. Denn die Technik ist bestrebt, die Grenzen zwischen den Völkern zu überbrücken, während die Seele der Einzelvölker den Untergang ihrer persönlichen Eigenart befürchtet. Ferner hat der rasende Aufschwung der Technik eine große Anzahl von Muskelarbeitern ins Leben gerufen, deren körperliche und psychische Bedürfnisse nicht befriedigt werden können. Es entstand jene übertriebene Form des Klassensinns, dessen auf Mord und Raub ausgehende Abart wir im Bolschewismus kennengelernt haben. Doch finden sich auch schon Anzeichen von Aufbaubestrebungen. Die politischen Wissenschaften sind stark im Rückstand geblieben. Die katastrophalen sprunghaften Veränderungen im Völkerleben werden mit den Mutationen im Pflanzenreich verglichen, die plötzlich neue Arten entstehen lassen.

Kollarits, Jenö (166). Die biologische Politik hat die Aufgabe, den Entwicklungsgang der Völker auf biologisch-psychologischer Basis zu studieren, die Gesetze dieser Entwicklung festzustellen, um der Leitung der Völkergeschicke eine sichere Grundlage zu geben, die aus den Händen der Redner-Kurfuscher-Politiker entnommen werden muß, von denen *Auguste Comte* schon vor 100 Jahren bewiesen hat, daß sie nicht die Fähigkeiten zur Bewältigung dieser Aufgabe haben können.

Der Staat ist eine Organisation, das Volk ein Organismus. Wenn sich beide decken, kann alles gut gehen, wenn nicht, gibt es Reibereien. Die einzelnen Glieder des Völkerkomplexes sind bestrebt, ihren inneren Aufbau bis zur Grenze der Möglichkeit durchzuführen. Der innere Aufbau, die Intension stößt aber auf andere Völker und kommt gegen sie zur Expansion. Die Grenzen zwischen den beiden sind fließend. Der organischen Strebung steht als psychologisches Korrelat das Glücksgefühl der Betätigung zur Seite und ideologisch das „Selbstbestimmungsrecht", das die Grenzen der Intension ebenfalls in der Praxis nicht respektiert. Die Möglichkeit der Innehaltung dieser Grenzen ist vom Trieb der Flucht vom Schmerz gegeben, der vom Zusammenstoß der Völker kommt. Wer ist der Träger der geschilderten Strebungen und Gefühle? Eine abgeschlossene Persönlichkeit gibt es dafür nicht. Die Persönlichkeit des einzelnen Menschen ist nach außen nicht abgeschlossen, die der Völker, Schichten, Sprachen und anderen Gruppen auch nicht. Sie stoßen aneinander, haben aber Zusammenhalte. In der höheren Einheit bekommen die Einheiten der niederen Stufen zueinander ein anderes organisches und psychisches Verhältnis, sie werden Mitgliederorgane des Überindividuums. Die Kollektivpsychen fühlen sich auch als solche. Wir befinden uns heute im embryonalen Stadium eines Riesengruppenlebewesens übervölkischer Art, das übervölkische Strebungen und Gefühle hat. Die Entwicklungsunebenheiten dieser Stufe bedingen unsere sozialen und zwischenvölkischen Leiden. Im Überorganismus können die Völker jedoch nicht untergehen, wie auch der Einzelmensch seine Persönlichkeit in der Familie und im Volke nicht aufgibt. Doch kann kein Volk wie kein Mensch von anderen Menschen und Völkern völlig unabhängig sein, sie unterstellen sich der höheren Gruppe mit Vorbehalt einer Autonomie. In dieser Strebung und Psyche entspricht der Selbstbestimmung die Mitbestimmung ideo-

logisch neben dem Selbstbestimmungsrecht das Mitbestimmungsrecht. (Referat des Verfassers.)

Gaus (82) weist darauf hin, daß *Boltz* das biogenetische Grundgesetz unter Hinweis darauf, daß bei den Affen vorübergehend menschliche Eigenschaften vorkommen, kritisiert hat. Der junge Affe ist menschenähnlicher als das ältere Tier durch die frontale Lage des Foramen magnum, die freie, gewölbte Stirn, die in den Schädel eingeschobene Augenhöhle, die nackte Körperhaut, den Besitz der großen Schamlippen und eines Schamhügels, das relativ hohe Hirngewicht.

Haecker (99). Die Unterschiede im erbbiologischen Verhalten hereditärer Krankheiten, nach denen einmal die Vererbung in bezug auf Lokalisation, Zeitpunkt des Auftretens und Verlauf ziemlich regelmäßig in Erscheinung tritt, so daß ohne weiteres der Eindruck besteht, daß Spaltungsvorgänge nach *Mendel* zugrunde liegen, während in anderen Fällen das Bild der Krankheit beträchtliche Schwankungen zeigt, lassen sich z. T. durch phänogenetische Betrachtungsweise, d. h. Studium der Entwicklungsgeschichte der sichtbaren Eigenschaften des fertigen Organismus klären. Klare *Mendel*sche Spaltungsvorgänge finden sich bei solchen Merkmalen, die ihre entwicklungsgeschichtliche Entstehung der Abänderung eines verhältnismäßig einfachen Entwicklungsprozesses verdanken, während mit dem *Mendel*schen Schema schwerer vereinbare Erblichkeitsverhältnisse sich besonders bei komplex verursachten Merkmalen finden, die durch Zusammenwirken mehrerer Entwicklungsfaktoren zustandekommen und in wechselseitiger entwicklungsgeschichtlicher und physiologischer Abhängigkeit zu anderen Merkmalen stehen.

Rüdin (286). Es handelt sich um ein Referat, das auf der Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Vererbungswissenschaft 1922 in Wien erstattet ist und die bisherigen Ergebnisse behandelt. Man erhält einen Begriff von der fleißigen Arbeit, die überall geleistet wurde, von den zahlreichen Problemen, die überall neu auftauchen, und den mannigfachen Wegen und Forschungsmethoden, die eingeschlagen werden können, aber auch von der Tatsache, daß es sich überall nur erst um Anfänge handelt. Auf Einzelheiten einzugehen hat keinen Zweck. Immer enger werden die Beziehungen zwischen Gesamthabitus und Persönlichkeit, Abnormitäten und Krankheiten verschiedenster Art untereinander, aber auch gleichzeitig verwickelter und undurchsichtiger und es muß noch sehr viel gemeinsame Arbeit aller Disziplinen geleistet werden, um zu endgültigen Ergebnissen zu kommen.

Christoffel (53). Auf Grund der ausführlich besprochenen Sätze, daß die Psychoanalyse einen integrierenden Bestandteil der psychiatrischen Diagnostik und Therapie darstellt, daß die Bedeutung der Psychoanalyse über den Rahmen der Psychiatrie und Medizin hinausgeht, daß aber die psychoanalytische Neurosenlehre ausschließliches Eigentum der Medizin, in erster Linie der Psychiatrie bleiben muß, betont *C.* die Notwendigkeit eines medizinisch-psychologischen Unterrichts. Denn der Psychoanalyse komme für die Medizin eine ähnliche didaktische Bedeutung zu wie sie z. B. die allgemeine Chirurgie habe. Sie erzieht zum allgemeinen ärzlichen Verständnis und Können.

Hug-Hellmuth (130). Das Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens erscheint in dritter Auflage und ist zum ersten Male mit dem Namen der Herausgeberin versehen. Gleichzeitig erfährt man in dem Geleitworte etwas von dem weiteren Schicksal der Verfasserin und von dem Eindrucke, den sie im Leben gemacht hat. Die Zweifel, die in die Echtheit der Tagebuchblätter gesetzt sind, sind durchaus verständlich. Denn es dürfte kein zweites Buch geben, das in solcher Anschaulichkeit das Werden einer solchen jungen Mädchenseele vor Augen führt. Man kann es kaum glauben, daß Ton und Stil, das Eifersüchtige, das Hinneigende, Vertrauende, das Naive, das Neugierige, Freude und Schmerz nicht gemacht sind, sondern echt. Man sieht, wie das Geschlechtsempfinden langsam erwacht, wie es immer mehr als großes Geheimnis in den Vordergrund des Interesses rückt, ohne aber die Herrschaft zu bekommen. Es ist nicht zu wenig gesagt, wenn diese Schrift ein Kulturdokument genannt wird, das in plastischer Anschaulichkeit Denken und Fühlen eines jungen Mädchens aus den höheren Beamtenkreisen Wiens schildert. Das Buch wird zweifellos noch lange nicht die letzte Auflage erleben.

Siegm. Freud (78). Die „Kindheitserinnerungen des Leonardo da Vinci" erscheint in dritter Auflage, ein Zeichen dafür, daß die psychoanalytischen Schriften zur angewandten Seelenkunde immer mehr Leser finden. Ob damit aber auch die Zahl der Anhänger der Psychoanalyse sich in gleichem Maße vermehrt, sei dahingestellt. Denn die Theorien der Analytiker bleiben vielfach so eigenartig, daß man ohne größere eigene Erfahrung in der Analyse nicht zu ihnen Stellung nehmen kann. In der vorliegenden Schrift, in der zunächst eine Charakteristik des Leonardo unter analytischer Deutung seines Forschertriebes gegeben wird, handelt es sich darum, eine Erinnerung Leonardos, nach der zu ihm, als er noch in der Wiege lag, ein Geier kam, mit seinem Schwanze den Mund öffnete und viele Male mit seinem Schwanz gegen seine Lippen stieß, zu deuten. Der Geier ist nach altägyptischer Mythologie das Symbol der Mütterlichkeit. Das Berühren des Schwanzes mit dem Munde soll die Erinnerung an das Gesäugtwerden und Geküßtwerden durch die Mutter versinnbildlichen. Über dies hinaus sollen die Hemmungen in Leonardos Geschlechtsleben und in seiner künstlerischen Tätigkeit geklärt werden. Die genaueren Ausführungen mit dem Hinweis auf das geschlechtliche Denken des Kindes, das von Wißbegierde nach den Rätseln des Geschlechtslebens erfüllt sein soll, und auf die homosexuelle Komponente in Leonardos Geschlechtsempfinden überraschen durch ihre Beweisführung. Sie berühren das ganze Leben und die Kunst des Leonardo. Auch der, der sich nicht sofort entschließen kann, den Folgerungen des Verfassers zuzustimmen, wird viele Anregungen empfangen.

Mäder (212). Allgemein orientierender und anregender Vortrag über di Psychoanalyse, wie sie in Zürich aufgefaßt und gehandhabt wird. Denn es gib^{e} verschiedene Formen der Psychoanalyse. Daß die Theorie *Freuds* über die Hysteri^{t} die in Wien entstanden war, nur in der Schweiz Aufnahme gefunden hat, lieg^{e} in der spezifischen schweizerischen Denk- und Gefühlsweise begründet, die bis au^{t} die schweizerische Reformation zurückgeht. Die psychoanalytische Methode haf zum Aufbau einer neuen Psychologie geführt, die anders geartet ist als die ex^{t} perimentelle oder die spekulative Psychologie und „den Weg des inneren Sinnes"_

die Intuition, die unbewußte Wahrnehmung, das synthetische Erfassen auseinanderliegender Materialien als Charakteristikum hat. Die Überschätzung des Objektiven ist verlassen. Es ist zu einem intuitiv-synthetischen Denken gekommen, das sich dem analytisch-intellektuellen Denken an die Seite stellt und dessen Vorbedingung zum Zwecke der Therapie das persönliche Miterleben des Krankheitszustandes seitens des Arztes ist und die eine absolute Hingabe des Arztes verlangt. Das Gemüt muß in Schwingung kommen.

In dem zweiten Teil, überschrieben mit Psychopathologie, skizziert *M.* die Ursachen einer nervösen Erkrankung, die Prädisposition, die Entwicklung der Psyche; zeigt, auf welchem Wege Störungen auftreten können und gibt als Beispiel eine paranoische Erkrankung eines jungen Mädchens, die psychoanalytische Deutung und Heilung.

Mäder (213). Anregende Ausführung dessen, was *M.* in der vorangehenden Arbeit über die Persönlichkeit des Arztes und ärztliche Kunst kurz skizziert hat.

Pfister (256) hat die Träume Geisteskranker auf die Frage hin untersucht, inwiefern man aus dem manifesten Trauminhalt selbst, ohne Herbeiziehung von Assoziationen und anderer Hilfsmittel auf Charakter und Komplexe des wachen Menschen schließen kann. Die Vorstellungen, die er sich aus den Träumen über den Charakter und die Strebungen der Versuchsperson machte, verglich er mit dem, was sonst über die Versuchsperson, besonders über die Persönlichkeit bekannt war. Um das Subjektive möglichst auszuschalten, ließ er gleichzeitig diese Deutungen von einer Dame wahrnehmen, die die Versuchsperson gar nicht kannte. Beide Untersuchungen ergaben teils nahezu identische, teils sehr ähnliche Ergebnisse, wodurch bewiesen wurde, daß unter Umständen der Trauminhalt sichere Auskunft über Charaktereigenschaften, Stimmungen und auch über manche Komplexe des Träumers geben kann.

Kläsi (156) behauptet unter Anführung zweier Kindergeschichten, daß der Sexualtrieb, soweit er sich in psychischer Beziehung in der Form der Schamhaftigkeit, Fürsorglichkeit, Opferwilligkeit und Ritterlichkeit äußert, schon in den ersten Kindheitsjahren vorhanden ist. Ob es dabei zu onanistischen Akten und Kohabitationsversuchen kommt oder nicht, hängt vielfach von rein äußeren Umständen ab und ist nicht ohne weiteres als diagnostisches Merkmal für eine Frühreife oder Psychopathie zu betrachten. Es kann der Ausdruck lebhafter Neugierde, Wißbegier und Phantasietätigkeit sein.

Strömme (354) schließt sich in der Bewertung neurotischer Krankheitszustände, die analytisch als mit Sexualregungen in Zusammenhang stehend sich erweisen, der Auffassung *Jungs* an, der in dem seelischen Konflikt ein Gegenspiel zwischen den Trieben und den Forderungen der Kultur und in den Erscheinungen der Sexualsphäre Symbole der individuellen Einstellung zu den Forderungen des Lebens sieht. Sexualität ist der Arbeitslust gleichzusetzen, die „Liebe" ist „Liebe zur Arbeit" und eine Konzentration der Energie, der Aufmerksamkeit, und Sexualhemmung ein Fehlen der Konzentration und der Energie. Onaniehemmung bedeutet „Arbeitsunlust". Die Onanie wird zu einem Konzentrationssymbol und in dem Augenblick, in dem das Interesse wieder auf die Wirklichkeit gerichtet

ist, gibt es keinen Onaniedrang mehr. „Es ist psychologisch ganz unrichtig und therapeutisch schädlich, die Onanie einfach direkt zu verbieten." Die Arbeit der Analytiker ist nicht so sehr ein Ausgraben der infantilen Erlebnisse als vielmehr ein Bestreben, den aktuellen Widerstand gegen die Lebensaufgaben zu überwinden. Der Sado-Masochist, der in seinen Phantasien sich peitscht, will irgendeiner Lebensforderung aus dem Wege gehen. Eine fehlende Konzentration bestraft er, indem er sich züchtigt. Die Unlust an der Arbeit hat ihm das Gefühl gegeben, die Arbeit sei eine Sklaverei. Deshalb peitscht er sich. In diesem Sinne änderte er bei den Sado-Masochisten die Onaniephantasien, indem er alles das ausrottet, was nicht zu voller edler Liebe gehört. Dadurch wird eine Hebung des Charakters, die Achtung vor sich selbst erhöht und die Arbeitslust wiedergewonnen.

Trendelenburg (364). In der Reihe der Handbücher für biologische Arbeitsmethoden gibt Trendelenburg einen neuen umfangreichen Band heraus, der die Methoden zur Erforschung der Physiologie des Zentralnervensystems umfaßt. Das Buch zeichnet sich durch klaren schematischen Aufbau aus. Verf. macht zuerst anatomische Vorbemerkungen unter Berücksichtigung der Entwicklungsgeschichte. Dann bespricht er Allgemeines: Die Wahl der Tierart, die Vorbereitung des Tieres für den Eingriff, die Narkose und künstliche Atmung, die Assistenz, die mechanischen Tierhalter, Asepsis, optische Hilfsmittel, Instrumente, allgemeine Operationsregeln. Danach gibt Verf. eine Übersicht über die Methoden der Untersuchung der Reflexe und der Sinnesleistungen, wobei er die Einteilung und Benennung der Reflexe besonders berücksichtigt. Besonders werden besprochen die Methoden zur Untersuchung der höheren Leistungen des Zentralnervensystems (Abrichtung, die funktionelle Anpassungsfähigkeit; die einzelnen Sinne bei Säugetieren, Vögeln und Kaltblütern), dann der Kreislauf, die Atmung, die Pupillenweite, Feststellung des Erregungsablaufes mittels der Aktionsströme, das psychogalvanische Reflexphänomen, die künstliche Durchspülung des Zentralnervensystems. Schließlich folgt ein großes Kapitel über die Methodik der Ausschaltung von Zentralteilen. Zahlreiche Abbildungen sind dem Handbuche beigefügt. Leider fehlt ein Inhaltsverzeichnis.

E. Meyer (230) beschreibt die Zunahme des Alkoholismus in Königsberg und verlangt dringend nach gesetzlichen Maßnahmen.

E. Meyer (231). Vorschläge über die Einrichtung der Fürsorge für Geisteskranke in der Provinz Ostpreußen.

Wickel (375). Ausführliche Besprechungen der Aufgaben einer Kreisfürsorgerin bei Geistes- und Nervenkranken, Alkoholikern und sonstigen psychisch Abnormen. Vielleicht hätte auch noch auf den Morphinismus hingewiesen werden können.

Lückerath (207) berichtet über seine eigenen Beobachtungen in der Fürsorgeanstalt Euskirchen, bespricht das Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt, fordert die Mitwirkung der Psychiater bei der Ausübung des Gesetzes und bedauert, daß das Interesse der Psychiater sich diesem Zweige der Psychiatrie bisher weniger zugewandt habe.

Römer (282) bringt eine statistische Übersicht über die während der Jahre

1911—1921 in die badischen Kliniken und Anstalten zum erstenmal aufgenommenen Geisteskranken. Während der ersten Kriegsjahre kam es zu einem erheblichen Anschwellen der männlichen Aufnahmen, die durch Heeresangehörige veranlaßt war. Unter den Krankheitsformen hatte die Paralyse und der Alkoholismus erheblich abgenommen und die Hysterie erheblich zugenommen. Für diese vorübergehenden Erkrankungen muß der Heeresdienst angeschuldigt werden.

Dreyfuß (61) bespricht die Verwendungsmöglichkeiten des von ihm eingeführten dauernd sterilen Ampullenwassers bei der Herstellung verschiedenster Lösungen, so von Novokaintabletten, von festem Kollargol, Normosal, Kochsalz, Traubenzucker u. a.

Mangold (218) beschreibt einen von ihm konstruierten Apparat, mit dem die Härte des Muskels durch Feststellung seiner Eindrückbarkeit untersucht werden kann. Die Untersuchungen haben ergeben, daß Härte und Längenänderung des Muskels unabhängig voneinander sind.

Hübner (128). Die Zeit zum Erlaß gesetzlicher Eheverbote für psychiatrische Fälle ist noch nicht gekommen. Doch soll eine umfangreiche Propaganda dafür in die Wege geleitet werden, daß die Ehekandidaten einander freiwillig über ihre Ehefähigkeit informieren. Die für den Verf. maßgebenden Gesichtspunkte, seine Wertung der psychischen Störungen, namentlich im Hinblick auf die Nachkommenschaft werden eingehend erörtert.

Auch bei der Adoption hält *H.* mit Recht eine psychiatrische Untersuchung der Elternschaft für erforderlich.

Krömer (174) hat in sehr dankenswerter Weise und recht übersichtlich eine Übersicht über den augenblicklichen Stand der im Titel genannten Fragen gegeben. Sie ist größtenteils „eine fragmentarische Literaturzusammenstellung", doch gibt *K.* in der Dezernentenfrage seine eigenen Anschauungen wieder und verlangt einen Psychiater als Dezernenten.

Christoffel (54). Praktische Winke für den praktischen Arzt in seinem Verkehr mit Geisteskranken.

Ebstein (63) fordert recht temperamentvoll die Aufhebung der Paragraphen gegen die Unterbrechung der Schwangerschaft. Die Schrift ist eine verkürzte Ausgabe seines Buches: Modernes Mittelalter.

---

3. Organische Psychosen.

Ref.: Dr. Langelüddeke, Hamburg. — Friedrichsberg.

1. *Agosta, Aldo* (Milano), I disturbi generali e le lesioni istologiche diffuse nei tumori intracranici. Contributo alla patologia generale et alla diagnosi di „tumori cerebri". Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alienazioni mentali. Vol. 46, fasc. 3/4, p. 229.

2. *Alajonanine, Th.*, Le traitement des formes prolongées de l'encéphalite épidémique. Journ. med. français. Vol. 12, No. 4, p. 177.
3. *Albrecht, L.* (Königsberg i. Pr.), Beitrag zur Frage der familiären multiplen Sklerose. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1/3, S. 268.
4. *Altman, Emil* (New York), Über die umschriebene Gehirnatrophie des höheren Alters. Ztschr. f. d. ges.Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 610.
5. *Anton, G.* (Halle), Zur krankhaften Charakterabartung bei Kindern nach Enzephalitis. Ztschr. f. Kinderforschung Bd. 28, H. 1, S. 60.
6. *Antoni, N.*, Über Lumbalpunktion. Svenska läkartidn. No. 23, S. 529.
7. *Artom, Gustavo* (Rom), Die Tumoren des Schläfenlappens. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1—3, S. 47.
8. *Artom, Mario* (Alessandria), Über die Bismuttherapie der Nervensyphilis. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 2, S. 111. (S. 92*.)
9. *Astwazaturow, M.*, Über biogenetische Grundlagen der Symptomatologie der Pyramidenbahnerkrankung. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 78, H. 3—6, S. 129.
10. *Ayala, G.* (Rom), Über den diagnostischen Wert des Liquordruckes und einen Apparat zu seiner Messung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 42. (S. 92*.)
11. *Ayer, J. B.* and *Cockrill, J. E.* (Boston), The spinal fluid of encephalitis lethargica. Arch. of neurol. and psych. Vol. 10, Nr. 2, p. 254.
12. *Babonneix, L.*, et *L'hermitte, J.*, Étude histologique des plaques fibromyeliniques du cortex cérébral de la pie-mère dans un cas de microcéphalie avec porencéphalie. Cmpts. rend. des séances de la Soc. de biolog. Vol. 88, Nr. 13, p. 1014.
13. *Balassa, L.* (Pert), Zur Psychologie der Seelentaubheit. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 77, H. 1—6
14. *Bálint, Aladar* (Wien), Bemerkungen zu einem Falle von polyglotter Aphasie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 277.
15. *Bardachzi, Franz* (Außig a. d. Elbe), Zur Behandlung der Folgezustände nach Encephalitis epidemica. Med. Klin. Nr. 20, S. 683.
16. *Bauer, K. W.* (Göttingen), Erbkonstitutionelle „Systemerkrankungen" und Mesenchym. Probevorlesung. Klin. Wschr. Nr. 14, S. 624.
17. *v. Benedek, Ladislav* (Debreczen), Stäbchenzellen und Abbau. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 5—6, S. 285.
18. *Derselbe*, Lokalisation der Schädelnarben mittels perkutorischer Transsonanz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 85.
19. *v. Benedek, L.* u. *Csörsz, K.* (Debreczen), Zur Frage der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 78, H. 1—2.
20. *v. Benedek, Ladislav* u. *Thurzo* (Debreczen), Die Beseitigung der permanenten Muskelspannung durch intralumbale Lufteinblasung bei einem Falle von Parkinsonkrankheit. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 87, H. 3, S. 358.

21. *Benon, R.*, Paralyse générale et reconnaissance de paternité. Ann. med. lég. Ann. 3, Nr. 4, S. 180.
22. *Berger, H.* (Jena), Über den Balken. Sitzungsber. v. 17. I. 23. Med. Klin. Nr. 11, S. 367.
23. *Derselbe*, Klinische Beiträge zur Pathologie des Großhirns. I. Herderkrankungen der Präfrontalregion. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1—3, S. 1. — II. Über sog. halbseitiges Fieber. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 136. — III. Herderkrankungen des Occipitallappens. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 569.
24. *Beringer, Kurt* (Heidelberg), Polydipsie und Enzephalitis. Vortragsbericht. (Jahresvers. südwestdeutscher Neurol. u. Irrenärzte, Baden-Baden, Juni 1923.) Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 623.
25. *Berlucchi, Carlo* (Parma), Le funzioni del corpo striato secondo l'esperienza clinica. Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alienazioni ment. Vol. 47, fasc. 1, p. 69.
26. *Bernardini, Bernardo* (Pescia), La patologia del corpo striato. Giornale del med. prat. ann. 4, Nr. 11—12.
27. *Bersani, Iginio* (Cuneo), Parkinsonismo post-enzefalitico. Policl. Sez. prat. Ann. 30, fasc. 7.
28. *Bickel, Georges* (Genève), Le liquide céphalo-rachidien dans la meningite tuberculeuse de l'adulte. Étude statistique et critique. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Bd. 12, H. 2, S. 269.
29. *Billigheimer, Ernst* (Frankfurt a. M.), Die Quecksilberbehandlung der Encephalitis lethargica Klin. Wschr. Nr. 26, S. 1215.
30. *Bing, Robert* (Basel), Gehirn und Auge. Darstellung der physio-pathologischen Zusammenhänge zwischen beiden Organen, sowie die Augensymptome bei Gehirnkrankheiten. 2. vermehrte und verbesserte Auflage. München, J. F. Bergmann. GPr. 5 M.
31. *Derselbe*, Bemerkenswerte Begleiterscheinungen der „extrapyramidalen Rigidität". Schweizer Med. Wschr. Nr. 7.
32. *Birnbaum, Karl* (Berlin), Grundgedanken zur klinischen Systematik. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 74, H. 1—3, S. 103.
33. *Bloch, Marcel*, L'hyperalbuminose mono-symptomatique dans le liquide céphalorachidien des syphilitiques. Paris méd. Ann. 13, No. 9, p. 221.
34. *Blohmke, Artur* (Königsberg i. Pr.), Beitrag zur Frage des Vorbeizeigens und seiner zerebralen Auslösung. Ztschr. f. Hals-, Nasen- und Ohrenheilk. Bd. 4, H. 3, S. 366.
35. *Böhmig, Wolfgang* (Chemnitz), Psychische Veränderungen bei Kindern im Gefolge von epidemischer Enzephalitis. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1—3, S. 351.
36. *Böhmig, Wolfgang* (Hamburg), Beitrag zur Symptomatologie der Sclerosis multiplex incipiens. Dtsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 75, H. 1—3, S. 24.
37. *Bolten, G. C.* (Haag), Die Rolle der Syphilis bei der Entstehung der

progressiven spinalen Muskelatrophie (Aran-Duchenne). Nederl. Tijdschr. voor geneesk. Vol. 67 (I), No. 11, S. 1107.

38. *Bolten, G. C_2* (Haag), Ein und das andere über Stauungspapille, Hirndruck und Hydrocephalus. Nederl. maandschr. v. geneesk. Ann. 11, No. 4, p. 238.
39. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Zur Klinik und Lokalisation des Agrammatismus und der Rechts-Links-Desorientierung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 11. (S. 97*.)
40. *Derselbe*, Welche Lehre kann die Psychiatrie aus dem Studium der Encephalitis lethargica ziehen? Dtsche. Med. Wschr. No. 44, S. 1385. (S. 96*.)
41. *Bonsmann, M. R.* (Köln), Zur Frage des familiären Auftretens der Spina bifida und Enuresis. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 74. (S. 100*.)
42. *Borgherini, A.* (Padua), Zur Klinik der Kleinhirngeschwülste. Vortragsbericht (13. Jahresvers. der Ges. Deutscher Nervenärzte, Danzig, Sept. 23). Centralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 489.
43. *Derselbe*, Sindromi lontane della encefalite epidemica. Poloclinico, Sez. med., Vol. 30, fasc. 4, p. 165.
44. *Boström, A.* (Leipzig), Über Stirnhirntumoren. Sitzungsbericht v. 24. VII. 23. Münch. med. Wschr. No. 33, S. 1102.
45. *Bouman, L.* u. *S. T. Bok* (Amsterdam), Senile plaques im corpus striatum. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 164.
46. *Brandeß, Theo* (Köln), Über posttraumatische Spätapoplexie. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 2, H. 6, S. 609.
47. *Bratz, E.* (Berlin-Wittenau), Behandlung der progressiven Paralyse mit Malariaimpfung. Ztschr. f. ärztl. Fortbildg. No. 6.
48. *Bratz, E.* und *Großmann, W.* (Berlin), Über Ammonshornsklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 44.
49. *Braun, Ernst* (Rostock-Gehlsheim), Über einen Fall von diffuser Encephalo-Myelitis. (Ein Frühfall von Encephalitis periaxialis diffusa Schilder.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3—4, S. 310.
50. *Bruck, C.* (*Altona*), Zur Technik der Bruckschen Reaktion bei Syphilis. Klin. Wschr. No. 37—38.
51. *Buß* (St. Josefsstift, Bremen), Über die Behandlung der Encephalitis lethargica mit Trypaflavin. D. med. Wschr. Nr. 15, S. 476.
52. *Bychowski Gustav* (Wien), Psychopathologische Untersuchungen über die Folgezustände nach der Encephalitis epidemica, insbesondere den Parkinsonismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 201. (S. 96*.)
53. *Bychowski, G.* u. *Sternschein, E.* (Wien), Zur Kenntnis der Beziehungen zwischen den kortikalen Ausfallserscheinungen und dem Allgemeinzustand des Gehirns. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 68.

54. *Cadwalader, Williams B.* and *Mc. Cornell, J. W.*, On the significance of the sequence and mode of development of symptoms as an aid to the diagnosis of multiple sclerosis. American journ. of med. sciences, Vol. 105, Nr. 3, p. 398.
55. *Canavan, Myrtelle M.* (Boston), Hemiplegias without visible brain lesions in the pneumonias of the insane. American journ. of psych. Vol. 3, No. 1, p. 81.
56. *Gash, J. R.* (Baltimore), Beitrag zur Kenntnis der neuroepithelialen Tumoren des Nervensystems. Jahrbücher f. Psych. Bd. 42, H. 2—3, S. 185.
57. *Cassierer, R.* u. *Lewy, F. H.* (Berlin), Zur Differentialdiagnose der hypophysären Geschwülste. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 267. (S. 100*.)
58. *Dieselben*, Die Form der Glioblastose und ihre Stellung zur diffusen Hirnsklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3—4, S. 290.
59. *Cazzamalli, Ferdinando* (Como), Tabe. Contributo clinico. Riv. sperim ent. di fren. e med. leg. delle alienazioni ment. Vol. 47, fasc. 1, p. 83; 2, p. 229.
60. *Ceillier, André*, Troubles mentaux d'origine syphilitique en dehors de la paralysie générale. Bull. méd. Ann. 37, No. 37, p. 1021.
61. *Cestan* et *Riser*, L'encéphalite syphilitique latente. Ann. des malad. vénér. Ann. 18, No. 6, p. 417.
62. *Charitonoff-Popoff G.*, Über Behandlung von Paralytikern durch Malaria. Vortragsbericht (I. Russ. Congreß f. Psychoneurol., Moskau, Psychiatr. Sekt.; Januar 1923). Centralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 6—7, S. 494.
63. *Choroschko, W. K.* (Moskau), Die Stirnlappen des Gehirns in funktioneller Beziehung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 291.
64. *Ciarla, Ernesto* (Milano), Sull etiologia della paralisi progressiva. Identita del virus sifilitico e „metasifilitico" como intendere „virus nervoso". Note e reviste di psich. Vol. 11, No. 1.
65. *Cimbal, Walter* (Altona), Die untersuchungstechnische Bedeutnug von Reizzonen im autonomen und im spinalen Gebiet (Headsche Zonen). Dermatol. Wschr. Bd. 77, S. 885.
66. *Citron, Julius* (Berlin), Die Wismuthbehandlung der Syphilis. Med. Klin. Nr. 28, S. 997; Nr. 38—39, S. 1279.
67. *Claude, Henri* et *Schäffer, N.*, Syndrôme parkinsonien postencéphalique avec lesions cellulaires nigriques et pallidales sans gainity perivasculaire. Encéphale No. 2, p. 85.
68. *Cohn, Herbert* (Berlin), Ein Fall von isoliertem Herd einer Zentralwindung mit Degenerationen im pyramidalen System. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3—4, S. 331.

69. *Courbon, Paul,* Le radotage. Essai de différentiation psychologique entre les effets de l'âge et de l'artériosclerose sur la mentalité des veillards. Ann. méd. psychol. Vol. 1, p. 12.
70. *Creutzfeldt, H. G.* (Kiel), Zur Frage der sogenannten akuten multiplen Sklerose (Encephalomyelitis disseminata non purulenta subacuta). Zugleich Mitteilung einer besonderen Entstehungsart von Riesenzellen. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 485.
71. *Derselbe,* Zur Lokalisation der Spätenzephalitis. Vortragsbericht (Ges. Deutscher Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Centralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 510.
72. *Curschmann, Hans* (Rostock), Multiple Sklerose. (Mitteilung für die Praxis.) Münch. med. Wschr. Nr. 11, S. 338.
73. *Derselbe,* Syringomyelie, Muskelatrophien und -dystrophien. (Mitteilung f. d. Praxis.) Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 401.
74. *Derselbe,* Hirntumor. (Mitteilung f. d. Praxis.) Münch. med. Wschr. Nr. 37, S. 1182.
75. *Derselbe,* Entzündliche Herderkrankungen, Tumoren und traumatische Läsionen im Bereiche des Rückenmarkes. Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 709.
76. *Derselbe,* Die fieberhafte akute Meningitis. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 814.
77. *Derselbe,* Subakute Fälle und Folgezustände der Encephalitis epidemica. Sitzungsbericht vom 3. V. 23. Münch. med. Wschr. Nr. 26, S. 860.
78. *Derselbe,* Hirnabszeß. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1258.
79. *Derselbe,* Über nichteitrige akute Enzephalitis. Münch. med. Wschr. Nr. 45, S. 1368.
80. *Derselbe,* Gehirnarteriosklerose, Apoplexie, Thrombose und Embolie. Münch. med. Wechr. Nr. 48, S. 1434.
81. *Czíky, Josef,* Über die Geschwülste des Hirns und des Rückenmarks. Orvosképzés, Ann. 13, H 1.
82. *Dietrich, A.* (Göttingen), Zur sozialen Bedeutung der Encephalitis epidemica. (Nach einem Vortrage vor dem Verein Niedersächsischer Psychiater, Hannover, Mai 1922.) Dtsche. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 3, H. 1, S. 12.
83. *Dietrich, A.* (Köln), Über die Entstehung des Hydrocephalus. Münch. med. Wschr. Nr. 34—35, S. 1109.
84. *v. Domarus, E.* (Berlin-Herzberge), Dyspraxie bei seniler Demenz. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 522.
85. *Donath, J.* (Budapest), Die Bedeutung des Stirnhirns für die höheren seelischen Leistungen. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 76, H. 5—6, S. 281. (S. 98*.)
86. *Dresel, K.* u. *Levy, F. H.* (Berlin), Die Lokalisation vegetativer Zentren im Kleinhirn. Vortragsbericht (13. Jahresvers. der Ges. Deutscher Nervenärzte, Danzig, Sept. 23).

87. *Düringer, Ad.* (Kreuznach), Über posttraumatische Demenz. Inaug.-Diss. 1922, Bonn.
88. *Ebaugh, Franklin, G.* (Philadelphia), Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. American journ. of dis. of children. Vol. 25, No. 2, p. 89.
89. *v. Economo* (Wien), Die Encephalitis lethargica (eine epidemisch auftretende Entzündung der grauen Hirnhäute). Wiener med. Wschr. Nr. 17 u. 18, 24, 27 u, 29.
90. *v. Economo* (Wien) u. *Nonne* (Hamburg), Encephalitis lethargica. Vortragsbericht (35. Kongreß der D. Ges. f. innere Med., Wien, April 1923). D. med. Wschr. Nr. 19, S. 629.
91. *Eliasberg* (München), Behandlung der Aphasie in der Praxis. Sitzungsbericht v. 7. XI. 1923. D. med. Wschr. Nr. 47—48, S. 1482.
92. *Engel, Hermann* (Berlin-Schöneberg), Progressive Paralyse nicht Folge einer Kopfverletzung. (Ein Gutachten.) Med. Klin. Nr. 30, S. 1054.
93. *Euzière* et *Blouquier de Claret*, Troubles psychiques consécutifs à la nevraxité (Encéphalitis epidémique). Gaz. des hôp. et milit. Ann. 96, No. 75, p. 1201.
94. *Fabritius, N.* (Helsingfors), Über Störungen des Bewußtseins bei lokalisierten Gehirnaffektionen und ihre Abhängigkeit von der Lage des Herdes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 55, H. 1, S. 1.
95. *Derselbe*, Zur Gruppierung der motorischen Bahnen im Pyramidenseitenstrang des Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4—5, S. 583.
96. *Fetscher, R.* (Dresden), Über die Aetiologie und Therapie der multiplen Sklerose. Sammelbericht. Med. Klin. Nr. 38—39, S. 1286.
97. *Feuchtwanger, Erich*, Die Funktionen des Stirnhirns. Monographien a. d. Ges. Geb. der Neurol. u. Psych., H. 38. Berlin, Julius Springer. 194 S.
98. *Filimonoff, J. N.* (Moskau), Zur Lehre über die Verteilung der Störungen der Schweißabsonderung bei organischen Erkrankungen des Nervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 182.
99. *Derselbe*, Zur Lehre von der sogenannten transkortikalen motorischen Aphasie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 194.
100. *Finkelnburg, R.* (Bonn), Pachymeningitis haemorrhagica interna nach Kopftrauma. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 12, S. 129.
101. *Fischer, Bruno* (Prag), Zur Frage der Kleinhirnlokalisation nach Barany. Klin. Wschr. Nr. 9.
102. *Derselbe*, Über kortikale Sensibilitätsstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4—5, S. 490.
103. *Fischer, O.*; *Herrmann, G.*; *Münzer, Fr. Th.*; *Pötzl, O.* (Prag), Über die modernen unspezifischen Methoden zur Behandlung der progressiven Paralyse und über die Methoden einer exakten Verfolgung

ihrer Ergebnisse. I. Über die bisherigen Erfolge der Phlogetantherapie bei der progressiven Paralyse, von *Oskar Fischer*, Prag. Med. Klin. Nr. 45, S. 1485. — II. Über die Bedeutung der Liquorveränderungen im Verlaufe der Wagner-Jaureggschen Malariabehandlung der progressiven Paralyse, von *O. Pötzl* (Prag). Gl. Wschr. Nr. 46, S. 1515. — III. Über den Verlauf der Änderungen im Liquorbefund während und nach der Wagner-Jaureggschen Behandlung der progressiven Paralyse, von *G. Herrmann* u. *Friedr. Th. Münzer* (Prag). Gl. Wschr. Nr. 47, S. 1545. (S. 93*.)

104. *Fischer, Siegfried* (Breslau), Veränderung psychischer Funktionen bei transkortikaler sensorischer Aphasie. Klin. Wschr. Jahrg. 2, Nr. 19, S. 870. (S. 96*.)
105. *Fiox, Ch.* et *Masson, A.*, Le syndrôme de l'artère cérébelli postérieure. Presse med. No. 32, p. 361.
106. *Forster, E.* (Berlin), Linsenkern und psychische Symptome. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 215. (S. 98*.)
107. *Francioni, Gino* (Brescia), Sopra un caso di afasia verbomotrice per lesione del nucleo lenticolare sinistro. Rivista speriment. di fren. et med. leg. vol. 46, fasc. 3—4, p. 351.
108. *Frisch, Felix*, Nervenlues und Aortitis luetica. Klin. Wschr. Nr. 30, S. 1401.
109. *Fuchs, Alfred*, Die Schicksale der Kopfverletzten. Wiener med. Wschr. Nr. 49, S. 2009.
110. *Fünfgeld, E.* (Freiburg i. Br.), Zur pathologischen Anatomie der Paralysis agitans. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1—2 S. 186. (S. 101*.)
111. *Gabriel* (Halle a. S.), Enzephalographische Demonstration zum Balkenstich nach Anton. Sitzungsbericht v. 29. XI. 22. Med. Klin. Nr. 2, S. 68.
112. *Gamma, Carlo* e *Omodei-Zorini* (Torino), Sulla patogenesi delle sindromi amiostatiche post-encephalitiche. Patologia. Ann. 15, no. 339, p. 1.
113. *Gamper, Ed.* (Innsbruck), Klinische und theoretische Bemerkungen zu den postenzephalitischen Rigorzuständen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 37.
114. *Gans, A.* (Santpoort, Holland), Iron in the brain. Brain a journal of neurology. Vol. 46, p. 128.
115. *Derselbe*, Das Handzentrum in der hinteren zentralen Windung bei den Javanern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 66.
116. *Derselbe*, Zwei Fälle von Pickscher Atrophie des Stirnhirns. (Aus der D. Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 516.
117. *Derselbe*, Treatment of general paralysis with malariainoculation after Wagner-Jauregg. Psych. en Neurol. bladen 1923, no. 3 en 4. (S. 93*.)

118. *Gans, A.* (Santpoort, Holland), I. Twee gevallen van seniele atrophie der voorhofdskwabben (Pick). — II. Een geval van diffuse sclerose. III. Kankerzaailingen in de hersenen. — IV. De ijzerreactie in gezonde en zieke hersenen. Nederl. Tijdschr. voor geneesk. Bd. 67, No. 10.

119. *Derselbe*, Del Rio-Hortega's derde Element in het Centraal Zenuwstelsel. Nederl. Tijdschr. voor geneesk. Bd. 67.

120. *Gennerich, Wilh.* (Kiel), Der histologische Nachweis der Liquordiffusion in der Pia und im Nervenparenchym bei der Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 528.

121. *Derselbe*, Der histologische Nachweis der Liquordiffusion bei allen metaluetischen Erkrankungen. Vortragsbericht (V. norddeutscher Psych. u. Nervenärzte u. der Ges. der Neurol. u. Psych. Groß-Hamburgs, Hamburg-Friedrichsberg, Juni 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 1—2, S. 94.

122. *Derselbe*, Die endolumbale Salvarsanbehandlung der meningealen Syphilis. Münch. med. Wschr. Nr. 39, S. 1221

123. *Gerstmann, Josef* (Wien), Über den jetzigen Stand der Malariatherapie der progressiven Paralyse, mit besonderer Berücksichtigung der neueren Erfahrungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3—4, S. 255. (S 93*.)

124. *Derselbe*, Grundsätzliches zur Frage der Akinesen und Hyperkinesen bei Erkrankungen des strio-pallidären Systems. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 1, S. 35. (S. 96*.)

125. *Gerstmann, Josef* und *Schilder, Paul* (Wien), Über organisch bedingte Tics. Med. Klin. Nr. 26, S. 896.

126. *Gerstmann, Jos.* u. *Schilder, Paul* (Wien), Studien über Bewegungsstörungen. VI. Unterbrechung von Bewegungsfolgen (Bewegungslücken) nebst Bemerkungen über Mangel an Antrieb. — VII. Das Fallen der Spätenzephalitiker. — VIII. Über Wesen und Art des durch strio-pallidäre Läsion bedingten Bewegungsübermaßes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 32 u. 34; Bd. 87, H. 4—5, S. 570.

127. *Goldstein, Kurt* (Frankfurt a. M.), Die Bedeutung des menschlichen Stirnhirns und die Diagnose seiner Erkrankungen. Vortragsbericht (Berlin 16. V. 23). D. med. Wschr. Nr. 25, S. 836.

128. *Derselbe*, Die Funktionen des Stirnhirns und ihre Bedeutung für die Diagnose der Stirnhirnerkrankungen. Med. Klin. Nr. 28 u. 29, S. 965 u. 1006. (S. 98*.)

129. *Derselbe*, Über die Störungen des Gewichtschätzens bei Kleinhirnerkrankungen und ihre Beziehungen zu den Veränderungen des Tonus. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 23). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 485.

130. *Grewing, H.* (Erlangen), Lage und Tätigkeit der vegetativen Zentren im Zwischenhirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 22.

131. *Groß, Carl* (Wien), Zur Vaccinebehandlung der multiplen Sklerose. Jahrbücher f. Psych. Bd. 42, H. 1, S 19. (S. 94*.)
132. *Guillery, H. jun.* (Köln), Entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen als Beitrag zur Frage der Encephalitis interstitialis neonatorum (Virchow). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 205.
133. *Gurewitsch, M.* (Moskau), Über Charakterveränderungen bei Kindern infolge organischer Hirnerkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4—5, S. 597.
134. *Habermann, J. Victor*, Encephalitis disseminata and the differential diagnosis from acute cerebral multiple sclerosis, pseudotumor and Tumor. Journ. of nerv. and mental. dis. vol. 57, no. 5, p. 463.
135. *Hagelstam, Jarl* (Helsingfors), Postenzephalitische Neurosen. Finska läkaresällskap. handl. vol. 65, H. 1—2, S. 69. (Schwedisch.)
136. *Hallervorden, J.* (Landsberg a. Warthe), Über die neuen Färbemethoden von S. Becher und ihre Anwendnug in der Histopathologie des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 464.
137. *Derselbe*, a) Paranoide Psychosen bei Tabes, mit anatomischem Befund; b) Angeborene Hemihypertrophie der linken Körperhälfte einschließlich des Gehirns; c) Ein Fall von ausgedehnten Verkalkungsherden in den Stammganglien und im Kleinhirn bei Epilepsie. (Aus der D. Forschungsanstalt f. Psychiatrie, München, 12. VII. 23.) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 516—8.
138. *Derselbe*, Über eine familiäre Erkrankung im extrapyramidalen System. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Zentralbl f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 512.
139. *Handelsmann, Józef*, Seelenstörungen bei Parkinson nach Enzephalitis. Polska gaz. lekarska. Ann. 2, no. 2, p. 17.
140. *Derselbe*, Schwierige Differentialdiagnose der seelischen Störungen bei Tabes. Polska gaz. lekarska. Ann. 2, no. 20, p. 343.
141. *Henneberg, R.* u. *Koch, Max* (Berlin), Zur Pathogenese der Syringomyelie und über Haematomyelie bei Syringomyelie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 117.
142. *Henschen, S. E.* (Stockholm), Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns. V. Über Aphasie, Amusie und Akalkulie. — VI. Über sensorische Aphasie. Nordiske Bokhandeln 1920, Stockholm. Referat *Weygandt*: M. m. W. Nr. 41, S. 1280.
143. *Derselbe*, Vierzigjähriger Kampf um das Sehzentrum und seine Bedeutung für die Hirnforschung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4—5, S. 505.
144. *Herrmann, Georg* (Prag), Über eine eigenartige Projektionsstörung bei doppelseitiger Großhirnläsion. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 2, S. 99.
145. *Derselbe*, Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1—2, S. 176.

146. *Herrmann, Georg* (Prag), Kasuistischer Beitrag zu den Hypophysentumoren. Med. Klin. Nr. 24, S. 826. (S. 100*.)
147. *Derselbe*, Zwangsmäßiges Denken und andere Zwangserscheinungen bei Erkrankungen des striären Systems. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 52, H. 5—6, S. 324.
148. *Hertig, O.* (Breslau), Der jetzige Stand der Lehre von den Chromosomen. Dtsche. med. Wschr. Nr. 1, S. 9.
149. *Heveroch, Anton* (Prag), Über Agrammatismus. Čas lěkaruv. česk Ann. 62, no. 9, p. 221. (Tschechisch.)
150. *Higier, Heinrich* (Warschau), Zur Frage der Anwendung meiner periarteriellen Sympathektomie bei Endarteriitis obliterans mit intermittierendem Hinken und spontanem Gangrän. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 52.
151. *Derselbe*, Die gegenseitige Stellung in klinischer, pathologischer und anatomisch-pathologischer Hinsicht der seltneren Formen der entzündlichen, degenerativen und blastomatösen Hirnsklerosen im Lichte der neueren Forschung. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 79. H. 2.
152. *Derselbe*, Zur Erkennung der Syndromata strio-lenticularia. Polska gaz. lek. Ann. 2, no. 32, p. 581. (Polnisch.)
153. *Hoepfner, Th.* (Saalfeld, Ostpr.), Über assoziative Aphasie. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1, S. 16.
154. *Hoff, Hans* (Wien), Experimentelle Untersuchungen über das Eindringen des Salvarsans in das Zentralnervensystem. Jahrbücher f. Psych. Bd. 42, H. 2—3, S. 201.
155. *Holzer, W.* (Warstein), Über die Bestandteile des Gliasyncitiums. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1—2, S. 167.
156. *Homburger, August* (Heidelberg), Über pyramidale und extrapyramidale Symptome bei Kindern und über den motorischen Infantilismus. Vortragsbericht (V. Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, B.-Baden, Juni 1923). Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 621.
157. *Ilberg, Georg* (Dresden), Multiple Verödungen der Gehirnrinde. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 4, S. 363. (S. 100*.)
158. *Isserlin, M.* (München), Über Agrammatismus. (Aus dem Versorgungsheim für Hirnverletzte.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 75, H. 3—5, S. 332. (S. 97*.)
159. *Derselbe*, Über Störungen des Gedächtnisses bei Hirnbeschädigten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 84.
160. *Jacobi, Walter* (Jena), Alimentäre Galaktosurie und Lävulosinurie bei psychischen und nervösen Erkrankungen, insbesondere beim striolentikulären Symptomenkomplex nach Grippe. Arch. f. Psych. H. 4, S. 369.
161. *Jakob, A.* (Hamburg), Drei eigenartige Krankheitsfälle des mittleren Alters mit bemerkenswertem gleichartigen anatomischen Befund und ihren klinischen und anatomischen Beziehungen zur spastischen

Pseudosklerose und zu metenzephalitischen Prozessen. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 511.

162. *Jakob, A.* (Hamburg), Cortex und extrapyramidales System. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 3—4, S. 212.

163. *Jakoby, Kurt* (Königsberg i. Pr.), Über die Indikationen zu hirndruckentlastenden Operationen. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 1, S. 20.

164. *Jörger, J. Benedikt jun.* (Waldhaus-Chur), Psychische Folgeerscheinungen nach Encephalitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift) S. 117.

165. *Josephy, Hermann* (Hamburg), Rindenschichtstörungen bei Psychosen. Vortragsbericht (Vers. Norddeutscher Psychiater u. Nervenärzte u. Ges. der Neurol. u. Psych. von Groß-Hamburg), Hamburg-Friedrichsberg, Juni 1923. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 4, S. 233.

166. *Derselbe*, Zur Pathoarchitektonik der progressiven Paralyse. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 1—2, S. 147.

167. *Jossmann* u. *Steenarts* (Berlin), Über Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Sitzungsbericht v. 12. November 1923. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 7, S. 442. (S. 93*.)

168. *Juchtschenko, A.* (Moskau), Zur Lehre von dem biologischen Wesen der Emotionen und des Willens auf Grund des Studiums der chronischen epidemischen Enzephalitis. Vortragsbericht (1. Russ. Kongreß f. Psycho-neurol., Psychiatr. Sekt., Moskau, Januar 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 6—7, S. 397.

169. *Kafka, V.* u. *Kirschbaum, W.* (Hamburg), Infektiöse Meningitis, nichtluetische Meningitis und Syphilis. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 75, H. 1—3, S. 11. (S. 91*.)

170. *Kalberlah* (Hohemark i. Taunus), Neues zur Chemotherapie der Paralyse und Tabes. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig. Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 499. (S. 93*.)

171. *Kauders, Otto* (Wien), Hysterische Zustandsbilder unter dem klinischen Bilde des postenzephalitischen Parkinsonismus. Med. Klin. Nr. 31. (S. 95*.)

172. *Kirschbaum, Walter* (Hamburg), Methoden und Kautelen einer Malariablutkonservierung und Versendung zur Behandlung der progressiven Paralyse. Klin. Wschr. Nr. 30, S. 1404.

173. *Kirschbaum, Walter* u. *Kaltenbach, Herbert* (Hamburg-Friedrichsberg), Weitere Ergebnisse bei der Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 297. (S. 93*.)

174. *Kirschner, L.*, Über die Malariaimpfung bei Dementia paralytica und

die Häufigkeit dieser Erkrankung in Niederl.-Ost-Indien. Geneesk tijdschr. v. Nederl. India. Vol. 63, H. 2.

175. *Kleine, Willi* (Frankfurt a. M.), Über zerebrale Blasenstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, S. 11. (S. 98*.)

176. *Kleist, K.* (Frankfurt a. M.), Die psychomotorischen Störungen und ihr Verhältnis zu den Motilitätsstörungen bei Erkrankungen der Stammganglien. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 52, H. 5—6, S. 253. (S. 99*.)

177. *Ders.*, Wesen und Lokalisation der Paralogie. Vortragsbericht (Vers. Südwestd. Psychiater, Erlangen, Okt. 1922). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 1—2, S. 82.

178. *Kling, Carl* (Stockholm), Über Encephalitis epidemica. Wiener Archiv f. innere Med. Bd. 6, H. 1.

179. *Koch, Ralf* (Rostock), Hat die Häufigkeit der Paralyse mit Einführung der Salvarsanbehandlung zugenommen? Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1—2, S. 3.

180. *Kogerer, Heinr.* (Wien), Enzephalitis unter dem Bilde des Hirntumor. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 215.

181. *Kollarits, Jenö* (Davos), Beziehungen zwischen Grippeparkinsonismus, katatonischem Stupor und Torticollis „mentalis". Schweizer med. Wschr. Nr. 27, S. 642.

182. *König* (Bonn), Erfahrungen über den Einfluß der intravenösen Salvarsanbehandlung auf den Verlauf der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 350. (S. 92*.)

183. *Kostrzewski, J.* u. *Artwinski, E.*, Rekurrensbehandlung der Paralyse. Polska gaz. lek. Ann. 2, no. 16, p. 281, 283.

184. *Krebs, E.*, Essai sur les caractères intrinsèques de secousses myocloniques et des mouvements involontaires de l'encéphalite épidémique. Ann. de méd. vol. 12, no. 5, p. 374.

185. *Krüger, Hermann* (†), Paralytische Anfälle, ihre Genese und Bedeutung für den Verlauf der Paralyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 80, H. 3—4, S. 454.

186. *v. Kuenberg*, Gräfin *M.* (München), Über das Erfassen einfacher Beziehungen aus anschaulichem Material bei Hirnbeschädigten, insbesondere bei Aphasischen. Ein Beitrag zum Abstraktionsproblem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 120.

187. *Kufs, N.* (Leipzig-Dösen), Ein Fall von Cysticerkenmeningitis unter dem klinischen Bilde der progressiven Parlayse und mit Mischtumor der Hypophyse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4—5, S. 609.

188. *Lange, Johannes* (München), Über Eecephalitis epidemica und Dementia praecox. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 266. (S. 95*.)

189. *Landa, Ernst* (Wien), Der jetzige Stand der experimentellen Herpes- und Enzephalitisforschung. Wiener Klin. Wschr. Nr. 13, S. 231.

190. *Lennmalm, F.* (Stockholm), Über Lues als ätiologisches Moment bei gewissen Erkrankungen der Schilddrüse und Hypophyse. Svenska läkaresellsk. handl. Bd. 48, Nr. 4, S. 257.
191. *Lermann, Hugo* (Chemnitz), Über Charakterveränderungen bei Jugendlichen im Sinne der Psychopathie nach Encephalitis epidemica. Kasuistischer Beitrag. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 148.
192. *Lewerenz* (Schleswig), Hirngeschwulst nach Kopfverletzung. Ärztl. Sachverst.-Ztg. 28 Nr. 3. (S. 98*.)
193. *Leyser, E.* (Gießen), Über Sprachstörungen bei organischen Nervenkrankheiten. Sitzungsber. v. 21. XI. 1923. Med. Klin. Nr. 11, S. 364.
194. *Derselbe*, Die zentralen Dysarthrien und ihre Pathogenese. Klin. Wschr. Nr. 47, S. 2176.
195. *L'Hermitte, J.*, Les formes prolongées de l'encéphalite épidémique. Forme akinétique, forme akinéto-hypertonique, formes psychiatriques prolongées. Journ. méd. franç. vol. 12, no. 4, p. 143.
196. *L'Hermittee, J.* et *Nicolas*, Sur la maladie d'Alzheimer. Une observation clinique. Ann. méd.-psychol. Ann. 81, no. 3, p. 435.
197. *Dieselben*, La démence sénile et ses formes anatomo-cliniques. Paris méd. Ann. 13, no. 42, p. 301.
198. *Lilienstein* (Nauheim), Enzephalitische Neuritiden. Krankendemonstration. Vers. Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, B.-Baden, Juni 1923.) Bericht. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 3, S. 181.
199. *Löw, K.* (Haina), Zur Frage der stationären Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1—3, S. 278.
200. *Löwenberg, Konstantin* (Hamburg), Über eine hyaline Degeneration der Großhirnrinde bei Paralyse. Sitzungsber. v. 9. VI. 23. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 446.
201. *Löwenstein, K.* (Berlin), Erkrankungen im Linsenkerngebiet. Kritisches Sammelreferat. D. med. Wschr. Nr. 2 u. 3, S. 67 u. 69.
202. *Löwy, Max* u. *Pötzl, O.* (Prag), Über doppelseitige sensible Jaksonanfälle und ihre Bedeutung. Erfahrungen an einem operierten Hirntumor. Med. Klin. Nr. 41, S. 1359.
203. *Long, E.*, Die multiple Sklerose und ihre Aetiologie. Schweizer med. Wschr. Nr. 5, S. 109.
204. *Lorenz, H. E.* (Breslau), Seltnere Liquorbefunde bei Encephalitis epidemica. Münch. med. Wschr. Nr. 31, S. 1018.
205. *Lubarsch, O.* (Berlin), Über die Ablagerung eisenhaltigen Pigments im Gehirn und ihre Bedeutung bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 1, S. 1.
206. *Lucksch, Franz* u. *Spatz, Hugo* (Prag-München), Die Veränderungen im Zentralnervensystem bei Parkinsonismus in den Spätstadien der Encephalitis epidemica. Münch. med. Wschr. Nr. 40, S. 1245.

207. *Maas, Otto* (Berlin), Zur Prognose der Tabes dorsalis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 73.
208. *Magganda, Paolo* (Messina), Sopra una speziale azione della pilocarpina in casi di lesione cerebrale. Rivista sperimentale di fren. et med. leg. delle alienazioni ment. vol. 46, fasc. 3—4, p. 458.
209. *Mann, Ludwig* (Breslau), Über Störungen des Atmungsmechanismus bei progressiver Huntingtonscher Chorea und anderen striären Erkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 109. (S. 94*.)
210. *Manouélian, Y.*, Recherches histo-microbiologiques sur la paralysie générale. Existence du tréponème dans le cytoplasme des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale. Cpts. rend. des Séances de l'Acad. des Sciences vol. 174, no. 17, p. 1134.
211. *Marburg, O.* (Wien), Über die Beziehungen der Frühbehandlung der Syphilis zum Ausbruch der spezifischen Nervenkrankheiten. Wiener med. Wschr. Nr. 12—13, S. 616.
212. *Marburg, O.* (Wien); *Mingazzini* (Rom), Anatomie und Pathologie des Kleinhirns. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 473. (S. 99* 100*.)
213. *Marcus, Henry* (Asil Solna, Stockholm), Études cliniques et anatomopathologiques sur differentes affections des noyaux centraux du cerveau. Acta med. scand. vol. 59, H. 1—6, p. 230.
214. *Marie, A.* (Paris), Syphilis et psychoses. Arch. international de neurologie vol. 2, no. 1—2, p. 1.
215. *Marie, Pierre*; *Foix, Ch.* et *Alajouanine, Th.* (Paris), De l'atrophie cérébelleuse tardive à predominance corticale (Atrophie parenchymateuse primitive des lamelles du cervelet, atrophie paléocérébelleuse primitive). Revue neurol. ann. 29, no. 7, p. 849; no. 8, p. 1082.
216. *Markuszewicz, R.*, Klinische Erfahrungen mit dem Phlogetan bei Tabes, Parkinsonismus und multipler Sklerose. Wiener Klin. Wschr. Nr. 6, S. 105.
217. *Marquard, Kurt* (Schwerin), Über ungewöhnlich lokalisierte Enzephalitisformen nach Grippe. Mit einem Beitrag über das Symptom der Adiadochokinese. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 1, S. 84.
218. *Matzdorff, Paul* (Hamburg), Beiträge zur Kenntnis diffuser Hirnhautgeschwülste mit besonderer Berücksichtigung der Melanome. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3—4, S. 263.
219. *Derselbe*, Eine diffuse Geschwulst der weichen Hirnhäute. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung schizophrener Hirnhauterkrankungen (symptomatische Schizophrenien Bleuler). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H 3, S. 332.
220. *Mau, C.* (Kiel), Zwei bemerkenswerte Fälle von Zwergwuchs (Lues congenita der Hypophyse, erworbene Athyreose). D. med. Wschr. Nr. 23, S. 751.

221. *May, S.* (München), Über psychogene Störungen bei Hirnbeschädigten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. B. 75, H. 3—5, S. 460.
222. *Mc. Alister, W., Grant, A. R.*, The treatment of general paresis by infection with malaria. British med. journ. no. 3277, p. 696 and 698.
223. *Memmesheimer, Alois* (Essen), Sind durch klinische Untersuchungsmethoden bei liquorpositiven Syphiliskranken im Frühstadium Veränderungen am Zentralnervensystem nachweisbar? D. med. Wschr. Nr. 36, S. 1180. (S. 92*.)
224. *Menk, W.* (Hamburg), Zur Behandlung der afrikanischen Schlafkrankheit mit „Bayer 205". Münch. med. Wschr. Nr. 1.
225. *Merklen, Prosper*, Maladie de Parkinson. Étude clinique et diagnostique. Rapports avec l'encéphalie léthargique. Troubles mentaux. Progr. méd. Ann. 51, no. 18, p. 205.
226. *Merzbacher* (d. Z. Buenos Ayres), Über die Pelizaeus-Merzbachersche Krankheit. (Aus der D. Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Bericht. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 32, H. 3, S. 203; vgl. auch: *Spielmeyer, Merzbacher*, Anatomisches und Histologisches zu dieser Krankheit, gleiche Nr. der Ztschr., S. 203.
227. *Meyer, A.* (Bonn), Über das *A. Westphal*sche Pupillenphänomen bei Encephalitis epidemica. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 525.
228. *Derselbe*, Zur Begutachtung der Encephalitis epidemica bei Kriegsrenten- u. Unfallbegutachtungen. Sitzungsbericht v. 12. XI. 1923. Med. Klin. Nr. 51—52, S. 1687.
229. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Die Beeinflussung der Bewegungsstörungen bei der Encephalitis lethargica durch rhythmische Einflüsse. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 139.
230. *Derselbe*, Die psychischen Störungen bei der Encephalitis lethargica (Encephalitis Economo's). Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 796.
231. *Meyer, Max* (Köppern i. Taunus), Zur Veränderung der Persönlichkeit bei chronischer Enzephalitis. Sitzungsbericht v. 13. XI. 23. Münch. med. Wschr. Nr. 50, S. 1495.
232. *Minor, L.* (Moskau), Über erhöhten elektrischen Hautwiderstand bei traumatischen Affektionen des Halssympathikus. Auf Grund eigener Beobachtungen an Kriegsverletzten. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4—5, S. 482; vgl. Berichtigung Bd. 87, H. 4—5, S. 617.
233. *Miskolczy, Desider* (Budapest), Zur Markscheidenentwicklung des Rautenhirns. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 2—3, S. 330.
234. *Möllenhoff, Fritz* (Leipzig), Über die diagnostische Verwertbarkeit interkutaner Liquorimpfungen bei Encephalitis epidemica. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1—2, S. 262.
235. *Monrad-Krohn, G. H.*, Ventrikelpunktion im Vergleich mit Lumbalpunktion. Norsk. mag. f. Laegevidensk. Ann. 84, no. 8, p. 711.

236. *Moon, V. H.* (Indianopolis), The precipitin-test in the diagnosis of syphilis. Journ. of the American med. Ass. Vol. 80, no. 21, p. 1502.
237. *Moore, Joseph Earl* (Baltimore), Studies in symptomatic neurosyphilis II. The classification, treatment and prognosis of early symptomatic neurosyphilis. Bull. of the John Hopkins hospitals vol. 33, no. 377, p. 231.
238. *Mott, Frederik W.* (London), An adress on modern methods of diagnosis and treatment of syphilis of the nervous system. Lancet vol. 204, no. 1, p. 1.
239. *Mucha, Victor* u. *Satke* (Klosterneuburg-Wien), Über Liquorveränderungen bei Lues. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 142, H. 1, S. 6.
240. *Mühlens, P.*, Über die Fieberbehandlung der progressiven Paralyse. Psych. en neurolog. Bl. 1923, Beiheft 1—2, S. 1.
241. *Müller, Hans-Heinrich* (Wien), Über einen unter eigentümlichen Symptomen verlaufenden Fall von multiplen Hirnangiomen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 4, S. 243.
242. *Naito, J.*, Zur Pathologie der amyotrophischen Lateralsklerose. Jahrb. f. Psych. Bd. 42, H. 1, S. 90.
243. *Neel, Axel V.* (Kopenhagen), Über atypische und larvierte Formen von Encephalitis epidemica auf Grund von 125 Fällen. Bibl. f. Laeger. Bd. 115, H. 5, S. 267.
244. *Neubürger, Karl* (München), Zentrale Veränderungen beim Kaninchen nach Überimpfung von Paralytikergehirn. (Aus der D. Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 146.
245. *Derselbe*, a) Encephalitis epidemica bei multipler Sklerose. b) Cerebrale Fettembolie. Sitzungsbericht (D. Forschungsanstalt f. Psych. v. 12. VII. 23). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 515.
246. *Nießl v. Mayendorf* (Leipzig), Über den sogenannten Agrammatismus. Vortragsbericht (D. V. f. Psych. Jena, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 1—2, S. 105.
247. *Nissle, A.* (Freiburg i. Br.), Theoretische Erwägungen über die Beziehungen zwischen Parasit und Krankheit unter besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse. Arch. f. Hygiene Bd. 93.
248. *Nonne, Max* (Hamburg), Kongenital luetische Zähne bei syphilogenen Nervenkrankheiten. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 501.
249. *Nonne, Finger* u. *Kyrle*; *Sachs*; *Kafka* usw., Vorträge über Syphilis und Liquor. (12. Kongreß der D. dermatolog. Ges. Hamburg, Mai 1921). Berichte: Arch. f. Dermatologie u. Syph. Bd. 138 und Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 32, H. 8, S. 469—471.
250. *Oksala, H.* (Helsingfors), Ein Beitrag zur Kenntnis der präsenilen Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 2

251. *Omorokoff, L. M.* (Tomsk), Pathologisch-anatomische Studie eines Falles von Gehirncysticercus. Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psych. Bd. 2, Nr. 5, S. 88.

252. *Ossipoff, V.*, Progressive Paralyse — eine syphilitische Spätpsychose. Psych. Neurol. u. Psychol. Nr. 2, S. 221.

253. *Pándy*, K. (Budapest), Das Sarbósymptom und einige andere kapsuläre Zeichen parakapsulärer Erkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 2, S. 105.

254. *Pappenheim, M.* (Wien), Über die Veränderung des Liquor cerebrospinalis bei der nichtnervösen Lues und über ihre prognostische Bedeutung. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 144, H. 1, S. 117.

255. *Pardee, Irving H.*, Spasmodic forced respiration as a sequel of epidemic encephalitis. Journ. of the American med. Ass. vol. 80, no. 3, p. 178.

256. *Parsons, Allan C.*, Report on Encephalitis lethargica. Reports of Public Health und med. subj. Nr. 11, London 1922, 344 p.

257. *Petrén, Karl* and *Brahme, Leonard* (Lund), Total immobilization in the extremities through hypertonia after epidemic encephalitis. (In one case also with neoformation of bone of Déjérine-Caillier-type.) Journ. of nerv. and mental dis. vol. 57, no. 2, p. 105.

258. *Pette, H.* (Hamburg), Die epidemische Enzephalitis in ihren Folgezuständen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 76, H. 1—4, S. 1. (S. 94*.)

259. *Derselbe*, Klinische und anatomische Beiträge zur Frage der syphilitischen Aetiologie pallidostriärer Syndrome. D. Ztschr. f. Nervenkrankh. Bd. 77, H. 1—6, S. 256. (S. 92*.)

260. *Derselbe*, Über zirkumskripte seröse Meningitis des Gehirns. Münch. med. Wschr. Nr. 8, S. 236. (S. 100*.)

261. *Derselbe*, Zur Frühlues des Nervensystems. Vortragsbericht. (V. Norddeutscher Psych. u. Nervenärzte, Ges. der Neurol. u. Psych. Groß-Hamburgs, v. Juni 1923.) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 4, S. 306.

262. *Derselbe*, Betrachtungen zum Kapitel der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Med. Klin. Nr. 33—34, S. 1147.

263. *Pick, A.* (Prag), Ein vergessener Winkel in der Pathologie der dura mater cerebralis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 239.

264. *Derselbe*, Störung der Orientierung am eigenen Körper. Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers. Psychol. Forschung Bd. 1, H. 3—4, S. 303. (S. 98*.)

265. *Derselbe*, Über eiseninfiltrierte Ganglienzellen und deren Beziehung zur Ausbildung konglobierter eisenhaltiger Kolloid- bzw. Kalkmassen im Gehirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 224. Nachtrag zu obiger Arbeit: gleiche Ztschr. Bd. 85, H. 1—3, S. 83.

266. *Pienkowski, Stéphane K.* (Krackau), Troubles psychiques au cours

de l'encéphalite épidémique léthargique. Revue neurol. vol. 2, Nr. 2, p. 121.

267. *Pinéas, H.*, Eigenartige Zwangshaltung nach Hemiplegie. (Beitrag zur Symptomatologie extra-pyramidaler Erkrankungen.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 5, S. 275.

268. *Plaut, F.* (München), Nachforschungen über okkulte Syphilis des Nervensystems bei Familienangehörigen von Paralytikern. Beitrag zur Frage der Lues nervosa. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 195.

269. *Plaut* u. *Spielmeyer* (München), Zur Frage der Heilbarkeit der Paralyse. (Aus den wissenschaftl. Sitzungen der D. Forschungsanstalt f. Psych., München.) Bericht: Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 31, H. 9, S. 464. (S. 92*.)

270. *Pönitz, Karl* (Halle a. S.), Paralyseprobleme. Münch. med. Wschr. Nr. 23, S. 729. (S. 93*.)

271. *Pötzl, O.* (Prag), Über die Herderscheinungen bei Läsion des linken unteren Scheitellappens (Erfahrungen an einem palliativ trepanierten Hirntumor). Med. Klin Nr. 1, S. 7.

272. *Prym, P.* (Bonn), Über Gehirnhernien bei Hirndruck. D. med. Wschr. Nr. 35, S. 1145.

273. *Pussep, L.* (Dorpat), Akute aufsteigende Myelitis als Komplikation der Influenza. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4—5, S. 377.

274. *Derselbe*, Die Geschwülste der Regio sellae turcicae und ihre operative Behandlung nach der neuen Frontoorbitalmethode. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4—5, S. 388.

275. *von Rad* (Nürnberg), Über moralische Depravation nach Kopfverletzung. Med. Klin. Nr. 7, S. 201.

276. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Zum Paralyse- und Tabesproblem. Klin. Wschr. Nr. 21, S. 958. (S. 93*.)

277. *Rasdolsky, J.* (Petersburg), Über die Entstehung der extrapyramidalen Bewegungssysteme im Rückenmark. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 3, S. 361.

278. *Ratig, Helmut* (Perleberg), Erfahrungen über die Bedeutung von Fremdkörpern im Gehirn. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, H. 1—3, S. 98.

279. *Redlich, E.* (Wien), Der gegenwärtige Stand der Metaluesfrage. Fortbildungsvortrag. Wiener klin. Wschr. Nr. 10—11.

280. *Derselbe*, Zur Kenntnis der syphilitischen Spinalparalyse. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 93. (S. 91*.)

281. *Reichmann, Frieda* (Weißer Hirsch, Dresden), Zur Schilddrüsenbehandlung der Dercumschen Krankheit. D. med. Wschr. Nr. 5, S. 1018.

282. *Richter, H.* (Budapest). Beiträge zur Klinik und pathologischen Ana

tomie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 2—3, S. 226.

283. *Richter, H.* (Budapest), Bemerkungen zur Histogenese der Tabes. Arch. f. Psych Bd. 67, H. 2—3, S. 295.

284. *Ritter, Adolf* (Zürich), Die Folgezustände der Gehirnverletzungen mit Vorherrschen der Allgemeinsymptome, ihre Ursachen, ihre Begutachtung. Klinisch-unfallstatistische Beiträge mit einem Anhang, Zahlen und Kurven zur vergleichenden Stastistik der komplizierten „Commotionen". Mtschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmedizin. Jahrg. 30, Nr. 1—3, S. 1—22; 25—46; 49—52.

285. *Rizatti, Eunio* (Parma), Ricerche sulla frazioni colesterino-proteiche dei sieri di paralitici progressivi, in rapporto alla reazione di Wassermann. Riv. sepriment. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 47, fasc. 1, p. 37.

286. *Derselbe*, Untersuchungen über die Eiweiß-Cholesterinfraktionierung der Sera progressiver Paralytiker im Hinblick auf die Wassermann-Reaktion. Biochem. Ztschr. Bd. 138, H. 1—3.

287. *Roch, A.*, Essais de traitement de l'encéphalite épidémique par injections intrarachidiens de Caseine. Presse méd. Nr. 44, p. 496.

288. *Röper, E.* (Hamburg), Die ambulante Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 80, H. 1—2.

289. *Derselbe*, Traumatische Psychopathie. Vortragsbericht. (Vers. D. Nervenärzte, Halle a. S., Okt. 1922.) Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 77, H. 1—6, S. 317.

290. *Rosenthal, Curt* (Breslau), Torsionsdystonie und Athétose double. Arch. f. Psych. Bd. 68, H. 1—2, S. 1.

291. *Rossi, Gilberto* e *Simonelli, Gino* (Firenze), Recherches expérimentales et considérations sur la function cérébelleuse. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. vol. 12, no. 1, p. 28.

292. *Rothmann, Hans* (Berlin), Zusammenfassender Bericht über den Rothmannschen großhirnlosen Hund nach klinischer und anatomischer Untersuchung. (Aus dem Niederländischen Zentralinstitut für Hirnforschung in Amsterdam.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 3, S. 247.

293. *Roubinovitch, J., Baruk* et *Bariety*, Quelques considérations sur la paralyse générale infantile. Gaz. des hôp. civil et milit. ann. 96, no. 53, p. 849.

294. *Ruhe, Heinrich* (Magdeburg), Über die nosologische Stellung und Differentialdiagnose der sogenannten Meningitis serosa. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 5, S. 459.

295. *Runge, W.* (Kiel), Beobachtungen beim akinetisch-hypertonischen Symptomenkomplex, I. u. II. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 2—3, S. 167 u. 214.

296. *Derselbe*, Über Spätencephalitis. Vortragsbericht (V. Nordd. Psych.

u. Nervenärzte u. Ges. der Neurol. u. Psych. Groß-Hamburgs, Juni 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 4, S. 298.

297. *Runge, W.* (Kiel), Psychopathie und chronische Encephalitis epidemica mit eigenartigem Symptomenkomplex („Larvierte Onanie"). Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 429. (S. 95*.)

298. *Sachs, H.* (Heidelberg), Zur Theorie des serologischen Luesnachweises. Med. Klin. Nr. 35, S. 1200.

299. *Sagel*, (Arnsdorf), Beitrag zur Behandlung der Dem. paralytica mit Spirochaete Duttoni und zur Parasitologie dieses Krankheitserregers besonders in menschlichen Seren. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4—5, S. 387.

300. *Salmon, Alberto* (Firenze), Sulla patogenesi della contrattura d'origine piramidale. Riv. sper. di fren. e med. leg. delle alienaz. ment. vol. 46, fasc. 3—4, p. 479.

301. *Saito, Shigeyoski*, Die Hirnkarte des Paralytikers. Studien über das Wesen und die Ausbreitung des paralytischen Prozesses in der Hirnrinde. Arb. a. d. Neurol. Institut der Wiener Universität. B. 25, H. 1, S. 1.

302. *Sapas*, Frau *E.* (Bern), Beitrag zur Pathologie der Landryschen Paralyse. Jahrb. f. Psych. Bd. 42, H. 2—3, S. 151.

303. *Sarbò, Artur*, Über Hyptokinese und rubrale Ataxie, als Symptome der Erkrankungen des Mesencephalon und seiner Umgebung. Das Nucleus ruber-System als Gleichgewichtszentrum. Orvosi hetilap. ann. 67, no. 19, p. 219.

304. *Schaffer, K.* (Budapest), Beiträge zur Histopathologie der Spinalganglienzellen. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 2—3, S. 318.

305. *Derselbe*, Über das morphologische Verhalten des zentralen Nervensystems bei der systematischen Heredodegeneration. Virchows Arch. f. pathol. Anatomie u. Physiol. Bd. 241, S. 277.

306. *Derselbe*, Über ein eigenartiges histopathologisches Gesamtbild endogener Natur. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 489.

307. *Scharnke* (Marburg), Zur Pathogenese und Therapie der Paralyse. Sitzungsbericht v. 23. II. 23. Münch. med. Wschr. no. 14, S. 446.

308. *Schilder, Paul* (Wien), Einige Bemerkungen zu der Problemsphäre Cortex-Stammganglien-Psyche-Neurose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 74, H. 4—5, S. 454.

309. *Schmitt, Willy* (Leipzig), Zur Kritik der Lues latens-Diagnose sowie einige Bemerkungen zur Lumbalpunktion. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 798.

310. *Schnabel, Alfred*, Die Ätiologie der Encephalitis epidemica (lethargica). Klin. Wschr. Nr. 10, S. 429. (S. 94*.)

311. *Schob, F.* (Dresden), Über Wurzelfibromatose bei multipler Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 481.

312. *Scholz, W.* (Tübingen), Zur Klinik und pathologischen Anatomie der chronischen Enzephalitis. Ein Fall mit Parkinsonismus und schwerer kortikaler Sehstörung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4/5, S. 533.

313. *Derselbe*, Über das Wiederauftreten der akuten epidemischen Enzephalitis. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 423.

314. *Schou, H. J.* (Dianalund, Dänemark), Die frühluetische Meningitis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3—4, S. 412. (S. 91*.)

315. *Schreder, P.* (Köln), Gliom des Kleinhirns mit Ventrikelmetastasen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1—2, S. 241.

316. *Schröder, Kurt* (Uchtspringe), Ein Beitrag zur Technik großer Gehirnschnittserien. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1—2, S. 81.

317. *Schröder, P.* (Greifswald), Hyperkinetische Motilitätspsychose bei Hirntumor. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 1, S. 1. (S. 100*.)

318. *Derselbe*, Die funikuläre Sklerose (Strangsklerose) des Rückenmarks. D. med. Wschr. Nr. 5, S. 144. (S. 100*.)

319. *Schükri, Ichsan.* (Konstantinopel), Über zystische Tumoren des II. Ventrikels. (Aus dem anatom. Laboratorium und psychiatrischen Klinik, Hamburg-Friedrichsberg.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4—5, S. 488.

320. *Schuster, Julius* (Budapest), Untersuchungen zur Frage der multiplen Sklerose. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 79, H. 1.

321. *Derselbe*, Über Spirochäten in besonderen Fällen von Paralyse. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 503.

322. *Schuster, Paul* (Berlin), Zwangsgreifen und Nachgreifen, zwei posthemiplegische Bewegungsstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 586.

323. *Derselbe*, Über Kleinhirnerkrankungen bei alten Leuten. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 484.

324. *Scripture, E. W.*, Early diagnosis and treatment of dissemitated sclerosis. Practitioner vol. 110, no. 3.

325. *Derselbe*, The treatment of general paresis by malaria; the use of speech inscriptions for early diagnosis. Journ. of mental sciences vol. 69, no. 284, p. 77.

326. *Segi, Motoo* (Nagoya, Japan), Ein anatomisch untersuchter Fall von doppelseitiger homonymer Hemianopsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4—5, S. 467.

327. *Sho, Hoshiro* (Kejo, Corea), Über die Kapazität der hinteren Schädelgrube. Jahrbücher f. Psych. Bd. 42, H. 1, S. 1.

328. *Siemerling, E.* u. *Creutzfeld* (Kiel), Bronzekrankheit und sklerotisierende Enzephalomyelitis (diffuse Sklerose). Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 219. (S. 101*.)

329. *Sioli, F.* (Bonn), Vier Jahre Paralysebehandlung mit Silbersalvarsan und Sulfoxylat. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 321. (S. 92*.)
330. *Sittig, Otto* (Prag), Schläfenlappensymptome bei Kleinhirnabszeß. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4—5, S. 589.
331. *Derselbe*, Fehlen von Reizerscheinungen bei einem Endotheliom über den Zentralwindungen. Med. Klin. Nr. 41, S. 1363.
332. *Slauck, Arthur* (Bonn), Untersuchungen auf dem Gebiete der Myopathie und Myasthenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3—4, S. 362.
333. *Snessareff, P.* u. *Finkelstein, J.*, Zur Frage der experimentellen Syphilis des Nervensystems beim Kaninchen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 174.
334. *Söderbergh, Gotthard*, Sur le syndrôme extrapyramidal de Wilson. (Pseudosklérose.) Acta med. scand. Bd. 58, Nr. 6, S. 519.
335. *Solomon, H. C.* (Boston), General paresis: What it is and its therapeutic possibilities. American journ. of psych. vol. 2, no. 4, p. 623.
336. *Souques, A., Mouquin, M.* et *Walter*, La réaction du benjoin colloidal dans la sclérose en plaques. Cmpts. rend. des séances de la Soc. de Biologie vol. 88, no. 14, p. 1093.
337. *Spatz, Hugo* (München), Zur Eisenfrage, besonders bei der progressiven Paralyse. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 27, S. 171.
338. *Derselbe*, Zur anatomischen Schnelldiagnose der progressiven Paralyse. (Aus der D. Forschungsanstalt für Psych., München.) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anatomie, Bd. 33, Nr. 12, S. 313.
339. *Spielmeyer, W.* (München), Zur Pathogenese der Tabes. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 257. (S. 94*.)
340. *Derselbe*, Über die chronische Enzephalitis. Virchows Archiv f. patholog. Anatomie u. Physiologie Bd. 242, H. 3, S. 479.
341. *Stein, Franz* (Frankfurt a. M.), Über den quantitativen Eisennachweis im extrapyramidal-motorischen Kernsystem beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4—5, S. 614.
342. *Stern, Felix* (Göttingen), Pathogenetische Probleme der epidemischen Enzephalitis. Klin. Wschr. Nr. 10, S. 433. (S. 94*.)
343. *Derselbe*, Über die Defektheilungen und chronischen Erkrankungen bei Encephalitis epidemica. Med. Klin. Nr. 27, S. 931.
344. *Stertz, G.* (Marburg), Die Encephalitis epidemica unter dem Bilde heftiger Schmerzzustände. Sitzungsbericht v. 23. II. 23. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 446.
345. *Derselbe*, Über psychomotorische Aphasie und Apraxie. (Beziehungen psychomotorischer, apraktischer und extrapyramidaler Störungen, dargestellt an einem Falle von Encephalitis epidemica.) Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 539.
346. *Stief, A.* (Szeged), Zur Kenntnis der Frühparalyse und der malignen

Frühlues des Zentralnervensystems. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4—5, S. 583.

347. *Stiefler, Georg* (Linz), Über die Spatzsche Methode der anatomischen Schnelldiagnose der progressiven Paralyse. Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 705.

348. *Derselbe*, Parkinsonismus und Selbstmord. Wiener med. Wschr. Nr. 14—15.

349. *Sträußler, Ernst* u. *Koskinas, Georg* (Wien), Über den Einfluß der Malariabehandlung der progressiven Paralyse auf den histologischen Prozeß. Wiener med. Wschr. Nr. 17, S. 783.

350. *Szyszka, W.* (Würzburg), Atropinbehandlung bei Parkinsonianismus Münch. med. Wschr. Nr. 2, S. 47.

351. *Tarozzi, Giulio* (Modena), Reperto anatomo-istologico in un caso di sindrome de Parkinson postencefalico. Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 47, fasc. 1, p. 1.

352. *Templeton, W. L.*, The treatment of general paresis by malaria. British med. journ. Nr. 3256, p. 895.

353. *Thaysen, Th.* u. *E. Hess*, Der prognostische Wert der Wassermannschen Reaktion bei spätsyphilitischen Leiden. Ugeskrift f. laeger ann. 85, no. 15, p. 247.

354. *Thiel* (Jena), Untersuchung des Kammerwassers und der Zerebrospinalflüssigkeit bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Klin. Wschr. Nr. 48/49.

355. *v. Thurzó, Jenö*, Die endolumbale Salvarsantherapie bei den späteren neuroluetischen Erkrankungen. Orvosi hetilap ann. 67, no. 19.

356. *Tilney, Frederik*, Genesis of cerebellar functions. Arch. of neurol. and psych. vol. 9, no. 2, p. 137.

357. *Tschugunoff, S. A.* (Moskau), Zur Frage der pathologischen Anatomie der Wilsonschen Krankheit. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4—5, S. 506.

358. *Uyematsu, S.* (Boston), On the pathology of senile plaques: The differential diagnostic significance of Redlich-Fischers miliary plaques. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 57, no. 1, p. 1.

359. *Urechia, C. L., Mihalescu* u. *Elekes* (Bukarest), La rigidité arteriosclereuse et le syndrôme pyramido-pallidal. Arch. internat. de neurol. vol. 1, no. 5, p. 161.

360. *vanValkenburg, C. T.* (Amsterdam), Zur Psychologie der Aphasie. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. Bd. 12, H. 1, S. 3.

361. *Vierheller, W.* (Frankfurt a. M.), Sensibilitätsstörungen bei Läsionen des Rückenmarkes, verlängerten Markes und Hirnstammes und ihre Beziehungen zu den kortikalen Sensibilitätsstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 2—3, S. 133.

362. *Villinger, Werner* (Tübingen), Die Kinderklinik der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der

Encephalitis epidemica und zur sozialen Psychiatrie. Ztschr. f. Kinderforschung Bd. 28, H. 2, S. 128.

363. *Vogt, Cécile* u. *Oscar Vogt*, Erkrankungen der Großhirnrinde im Lichte der Topistik, Pathoklise und Pathoarchitektonik. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 28.

364. *Dieselben*, Über die ursächlichen patho-architektonischen Veränderungen der Geisteskrankheiten als extreme Fälle von normalen Variationen bei den Arten. Rév. méd. de Hamburgo ann. 4, no. 5, p. 137. (Spanisch.)

365. *v. Volkmann, Rüdiger* (Leipzig), Histologische Untersuchungen zur Frage der Sekretionsfunktion der Zirbeldrüse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 593. (S. 101*).

366. *Volkmann, Joh.* (Halle a. S.), Über Versuche zur unmittelbaren Besichtigung der Gehirnkammern (Encephaloscopie). Münch. med. Wschr. Nr. 46, S. 1382.

367. *Wartenberg, Robert* (Freiburg i. Br.), Zur Klinik und Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 303.

368. *Wechsler, L. S.* (New York), Further observations on epidemic encephalitis with especial reference to mental symptoms, loss of abdominal reflexes and myoclonus. New York med. journ. and med. record vol. 117, no. 8, p. 458.

369. *Weichbrodt, R.* (Frankfurt a. M.), Therapie der Paralyse. Sitzungsbericht v. 17. Sept. 1923. Med. Klin. Nr. 41, S. 1384.

370. *Weigelt, Walther* (Leipzig), Studien zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis. Münch. med. Wschr. Nr. 44, S. 1348.

371. *Derselbe*, Studien zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung seiner örtlichen Verschiedenheiten im Zell- und Eiweißgehalt. Arb. a. d. med. Klinik Leipzig, H. 6. Jena, G. Fischer, 135 S.

372. *Weinmann, Waldemar* (Jena), Über melanotische Geschwülste im Zentralnervensystem. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4—5, S. 508.

373. *Weinberg, Ernst* (Dorpat), Histologische Veränderungen im Gehirn während des anaphylaktischen Schoks. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4—5, S. 451.

374. *Westphal* (Bonn), Beziehungen organischer Erkrankungen des Zentralnervensystems zu vorausgegangener Entfernung von Drüsen. Klin. Wschr. Nr. 22. (S. 100*.)

375. *Wexberg, Erwin* (Wien), Über die Beziehungen der Lues des Zentralnervensystems und der disseminierten Sklerose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1—3, S. 1.

376. *Weygandt, W.* (Hamburg), Zur Malariabehandlung der Paralyse. Vortragsbericht. (Vers. Nordd. Psych. u. Neurol. u. d. Ges. der Neurol.

u. Psych. Groß-Hamburgs, Hamburg-Friedrichsberg, Juli 23.) Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7—8, S. 448. (S. 93*.)

377. *Wimmer, Aug.* (Kopenhagen), Über radiographischen Nachweis des Sitzes von Hirngeschwülsten. Hospitaltidende ann. 66, no. 4 p. 53.

378. *Winther, K.* (Kopenhagen), Psychische Störungen nach Encephalitis epidemica, besonders bei Kindern. Ugeskrift f. laeger ann. 85, no. 5, S. 73.

379. *van Woerkom, W.*, Sur l'état psychique des aphasiques. Essai d'analyse psychologique d'un cas d'aphasie dite de Broca. Encéphale no. 5, p. 286.

380. *Zamorani, Maria* (Ferrara), Contributo allo studio della sclerosi a placche e delle forme affini. Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 46, fasc. 3—4, p. 428.

381. *Zierl* (Regensburg), Gehirntuberkulose bei Geisteskranken. Beitr. zur pathol. Anatomie und zur allg. Pathol. Bd. 71, H. 3, S. 694.

382. *Zimmerli, Erich* (Basel), Beiträge zur Symptomatologie der Kleinhirnerkrankungen. Dtsche. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 76, H. 5—6, S. 251.

383. *Zylberlast-Zandowa, N.*, Oculopalpebraler Reflex bei Parkinson nach Encephalitis. Polska gaz. lek. ann. 2, no. 20, p. 352.

Die größte Zahl von Veröffentlichungen betrifft auch in diesem Jahre die luetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems und die epidemische Enzephalis. Zunächst sei über die luetischen Erkrankungen berichtet.

Redlich (280) beschreibt klinisch und anatomisch einen Fall, der dem von *Erb* aufgestellten Krankheitsbilde der syphilitischen Spinalparalyse entspricht. An ein einheitliches Krankheitsbild kann trotzdem nicht recht gedacht werden.

Schou (314) untersuchte die Spinalflüssigkeit bei 573 unbehandelten und 367 behandelten Syphilitikern bis zu 3 Jahren nach der Infektion. Er fand bei den ersteren in 20,4 %, bei den letzteren in 23,4 % pathologische Veränderungen. Von den 76 Kranken mit kürzlich begonnener Salvarsanbehandlung hatten 36,8 % pathologischen Liquor. Er fand in 30 Fällen mehr als 100 Zellen im cmm, in einem Falle sogar 2500, obwohl nur geringe Kopfschmerzen bestanden. Globulinvermehrung fand er in 5,2 %, Albuminvermehrung in 2,5 % der unbehandelten Fälle, positiven Wa in 3,8 %, erhöhten Druck in 24,0 % (bei 184 Kranken). Verf. untersuchte ferner 304 Kranke klinisch-neurologisch und fand bei einer Reihe derselben Abweichungen, die ihn vermuten lassen, daß es in vielen Fällen gleich nach der Ansteckung zu einer frühluetischen Meningitis kommt, die in der Mehrzahl der Fälle spontan ausheilt. In einzelnen Fällen bleibt sie trotz der Behandlung bestehen.

Kajka u. *Kirschbaum* (169) berichten über einen Fall von nichtluetischer Meningitis und positivem Liquor-Wassermann sowie über einige Fälle von Paralyse + nichtsyphilitischer Meningitis, deren einer durch stark positive Weichbrodtsche Reaktion und eine Mischkurve der Mastixreaktion ausgezeichnet war. Die positive Wa-Reaktion bei nichtsyphilitischer akuter infektiöser Meningitis und posi-

tiver Wa-R. im Blut wird dahin gedeutet, „daß besonders labilisierte Euglobuline aus dem Blute in den Liquor dringen, andererseits kann man annehmen, daß die Reagine selbst in den Liquor übergehen, die, ohne an Globuline adsorbiert zu sein, auch direkt das Komplement bei der Wa-R. inaktivieren können".

Memmesheimer (223) weist darauf hin, daß sich bei liquorpositiven Primär- und Frühsyphilisfällen in der Mehrzahl Veränderungen an den Augenfunktionen, namentlich mit dem Differential-Pupilloskop nach *Heß*, und am Augenhintergrund nachweisen lassen. Diese Augenstörungen haben große diagnostische Bedeutung, namentlich da, wo eine Lumbalpunktion nicht möglich ist.

Pette (259) teilt die Krankengeschichten von 4 Fällen mit, deren erster, ein 14jähr. kongenital luetischer Junge, an den Erscheinungen annähernd der Athetose double litt. Beim zweiten entwickelte sich ein im wesentlichen halbseitiger Parkinsonismus, bei einem dritten eine Paralysis agitans sine agitatione. Während bei diesen Fällen die luetische Genese der Erkrankungen nur wahrscheinlich gemacht werden konnte, ließ sich in einem vierten Falle, in dem sich schließlich ein Bild des schwersten Parkinsonismus mit ausgesprochenem Rigor und Erlöschen jeder Spontaneität entwickelte, durch die anatomische Untersuchung der Beweis liefern, daß Lues als Ursache angeschuldigt werden mußte.

Ayala (10) schreibt dem Rachidealquotienten ($Rq = \frac{Q.\ F.}{J}$ = abgelassene Liquormenge mal Finaldruck durch Initialdruck) differentialdiagnostische Bedeutung zu. Bei Hirngeschwülsten findet man hohe Anfangsdrucke, schnelles Absinken des Druckes, relativ niedrige Enddrucke und damit auch relativ niedrige Rachidealquotienten (2,55—4,55). Bei den verschiedenen Formen von Hydrocephalus dagegen ist der Anfangsdruck zwar auch gesteigert, sinkt aber weniger schnell ab. Der Rachidealquotient ist (außer bei wiederholten Punktionen) immer höher als bei Hirntumor. Bei Tumoren kann man wenig Liquor entziehen, bei hydrozephalischen Formen mehr (10—30 ccm). Rückenmarksobstruktionen verhalten sich ähnlich wie Tumoren.

Plaut und *Spielmeyer* (269) berichten über einen Fall von expansiver Paralyse, der $10^{3}/_{4}$ Jahre nach Beginn der ersten Störung starb, nachdem er 9 Jahre stationär geblieben war. Der anatomische Befund ließ sich im Zusammenhalt mit den klinischen Daten im Sinne einer mit Defekt geheilten, wirklich „stationär" gewordenen Paralyse deuten.

Sioli (329) hat 70 Fälle von Paralyse mit Silbersalvarsan bezw. Sulfoxylat behandelt. Er hebt den unverkennbar günstigen Einfluß der Behandlung hervor (Remissionen mit Arbeitsfähigkeit seit drei Jahren!). Die Gesamtdosis muß 8 g Silbersalvarsan oder 12 g Neosilbersalvarsan erreichen und auch die Einzeldosen sollen möglichst hoch genommen werden.

Artom (8) sah von der Wismutbehandlung bei sekundärer Lues mit positivem Liquorwassermann gute Erfolge, bei Tabes wurden die subjektiven Beschwerden etwas gebessert, bei Paralyse versagte die Behandlung.

König (182) fand, daß die Behandlung der Paralyse mit großen Salvarsandosen — er brachte es in einem Falle auf 50 g Neosalvarsan, hatte aber von dieser

außergewöhnlichen Dosis keinen Nutzen — die Zahl der Remissionen vermehrt, die Lebensdauer der Kranken verlängert und den allmählichen Verfall verhindert, so daß der Tod meist plötzlich bei relativ gutem körperlichem Zustande erfolgt.

Kalberlah (170) berichtet über Behandlungsversuche mit „Albert 102", einem Arsenobenzol, das aber vom Salvarsan prinzipiell verschieden ist. Das Mittel soll dem Salvarsan überlegen sein und *K.* will auch bei Tabes, Paralyse und multipler Sklerose gute Erfolge gesehen haben. Auch die Reaktionen wurden z. T. weitgehend gebessert; in einem Falle wurde auch die Goldsolreaktion ganz negativ.

Fischer, Herrmann, Münzer, Pötzl (103) geben der Malariabehandlung der Paralyse den Vorzug gegenüber der gleichfalls wirksamen Phlogetanbehandlung.

Gerstmann (123) verfügt jetzt über 294 Fälle von Paralyse, die mit Malaria behandelt und bei denen die Beobachtung abgeschlossen ist. Von diesen blieben 92 unbeeinflußt, 202 zeigten Remissionen verschiedenen Grades, darunter 112 meist inzipiente Fälle bis zur Wiedererlangung der früheren Berufsfähigkeit. Von den übrigen 90 Fällen, die wieder in häusliche Pflege entlassen werden konnten, waren 58 z. T. arbeitsfähig. *G.* weist darauf hin, daß mehrfach Umstellungen des Zustandsbildes in paranoide, katatone, halluzinoseartige, delirante Erscheinungen beobachtet wurden, die meist bald abklangen, in einigen Fällen bestehen blieben. Bei den ältesten Fällen dauert die Remission jetzt 5 Jahre.

Kirschbaum und *Kaltenbach* (173) hatten bei 196 Paralytikern, die mit Malaria behandelt waren, 31,1 % Remissionen mit sehr geringen psychischen Symptomen, 21,4 % wurden leicht defekt berufstätig, 10,2 % beschäftigungsfähig, 22,9 % blieben unverändert oder verschlechterten sich, 14,2 % starben. — Von 27 mehrfach lumbalpunktierten Fällen wiesen 20 deutliche Abschwächung der drei Reaktionen (Wassermann, Ph. I, Zellen) auf. Prognostisch sind die Fälle mit dauernder Besserung der Liquorbefunde bald nach dem Fieber in der Regel als günstig zu beurteilen.

Weygandt (376), der über etwa das gleiche Material berichtet, empfiehlt Nachbehandlung mit Wismut u. Salvarsan. Bei multipler Sklerose und bei Dementia praecox sah er keine Erfolge von der Malariabehandlung.

Gans (117) sah unter 18 malariabehandelten Fällen von Paralyse 10 Besserungen, darunter 5 bis zur Berufsfähigkeit.

Jossmann und *Steenarts* (167) hatten ebenfalls unter 74 Paralytikern nach Malariabehandlung 21 Besserungen bis zur Berufsfähigkeit und in der Diskussion dazu berichtet *Schulze* (Dalldorf) über 44 % berufsfähiger Remissionen unter 100 Fällen.

Raecke (276) hält zur Zeit die lokale Hypothese über die Pathogenese der Paralyse für die bessere. Die Forderung einer toxischen Fernwirkung zur Erzeugung paralytischer Gewebszerstörungen verliert immer mehr an Berechtigung; der größte Teil der Bilder läßt sich auch heute schon ohne solche Hilfsannahme erklären. Er bezeichnet die Paralyse als eine intrazerebrospinale Spirochätose, die Tabes im Anschluß an *Schaffer*, nach dem der Grundprozeß vom Subarachnoidalraum seinen Ausgang nimmt, als extra-zerebrospinale Spirochätose.

Pönitz (270) neigt dagegen anscheinend mehr zur *Hauptmann*schen Hypo-

these, der neben den lokalen Spirochätenwirkungen noch toxische Schädigungen annimmt. Er verlangt ein verschärftes Studium des Präparalytikers. In den psychischen Veränderungen der Kranken (Größenideen usw. nicht in der Demenz!) sieht er Ausschläge des prämorbiden Charakters, die von der anatomischen Lokalisation unabhängig seien.

Spielmeyer (339) konnte einen frischen Tabesfall untersuchen und nachweisen, daß das wesentlichste Zeichen der Erkrankung, die Hinterwurzelveränderung, eine selbständige Degeneration ist und nicht sekundär durch Zellwucherungen und Sklerosen im Bindegewebe bedingt ist. Dieser Nachweis einer selbständigen elektiven degenerativen Erkrankung der Hinterstränge stellt die Tabesforschung vor ganz neue Probleme. (*Josephy.*)

Groß (131) berichtet über 59 Fälle von multipler Sklerose, die zum größten Teil mit Staphylokokkenvaccine, zu etwa 1 Drittel mit Typhusvaccine (meist kombiniert mit Neosalvarsan) behandelt wurden. Die Erfolge namentlich nach der zweitgenannten Behandlungsmethode waren ermutigend. Von 29 chronisch progredient verlaufenden Fällen zeigten 8 eine weitgehende Besserung. Von den 20 mit Typhusvaccine behandelten Fällen besserten sich ebenfalls 8 = 40 % weitgehend, darunter waren 3 chronisch progrediente Fälle (unter 8). Besserungen fanden sich um so häufiger, je frischer die Erkrankung war. Die einstweilen geringen katamnestischen Nachrichten scheinen für einen gewissen Bestand der erzielten Besserungen zu sprechen.

Eine größere Literatur liegt wiederum über die Encephalitis epidemica vor; das Interesse hat sich aber mehr den Folgezuständen zugewandt, und unter diesen sind die charakterologischen Veränderungen und die durch Enc. epid. aufgeworfenen Probleme besonders anziehend gewesen. Die Ätiologie bespricht

Schnabel (310), der mit einer Reihe von anderen Forschern ein filtrierbares, in Glyzerin konservierbares Virus für die Entstehung der Enc. epid. anschuldigt und dieses Virus mit dem Erreger des Herpes febrilis identifiziert. Dieser Annahme schließt sich

Stern (342) wenigstens für den ersten Teil derselben an; er erörtert weiterhin namentlich die Rolle der Grippe bei der Enc. epid. und die Pathogenese der chronisch progressiven Enc. und deren Beziehungen zu den Stoffwechselstörungen.

Petit (258), der eine gute Übersicht über die Folgezustände der Enc. epid. gibt, bespricht zunächst den Übergang der akuten Formen in das chronische Stadium. Der gemeinsame Zug der meisten Folgezustände ist das Parkinsonsyndrom. Weiterhin finden die Persönlichkeitsänderungen, auch der Kinder, die Schlafstörungen, die Störungen auf vegetativ-funktionellem Gebiet, die Augenstörungen und die Motilitätsstörungen eine eingehendere Würdigung. Bei den letzteren sondert er das akinetisch-hypertonische Syndrom vom kataleptischen und hyperkinetischen. Über das Schicksal von 62 weiter verfolgten Kranken gibt er an, daß nur 18 wieder voll erwerbsfähig geworden sind, 23 sind beschränkt erwerbsfähig, 21 völlig erwerbsunfähig.

Mann (209) teilt die Krankengeschichten von 2 Fällen von Huntingtonchorea mit, die durch eine Lähmung der thorakalen Atmung gekennzeichnet waren. Dazu

erwähnt er einen Fall von Enc. epid., in dem er regelmäßige rhythmische Atemzüge in der Frequenz von 60—70 in der Minute beobachtete; gleichzeitig mit jedem Atemzuge trat rechts eine kurze klonische Unterarmbeugung, verbunden mit leichter Pronation und Streckung der Hand, auf.

Runge (297) teilt ausführlich die Krankengeschichte eines 20jähr. Mannes mit, der von jeher Psychopath und aus einer degenerierten Familie stammend, mit 18½ Jahren an einer langdauernden „Grippe" erkrankte. Im Anschluß daran entwickelte sich ein nicht sehr hochgradiges akinetisch-hypertonisches Syndrom mit (unter anderem) Atemstörungen in Form tachypnoischer Anfälle. Gleichzeitig wirkte eine unglückliche Liebesaffaire sehr deprimierend auf den Kranken, der versuchte, sich zu erwürgen. Dabei Lustgefühl und daher sehr häufige, triebhafte Wiederholung der Würgeversuche, „bei denen eine Art Orgasmus entsteht und bei deren Ausführung alle inneren und äußeren Hemmungen rücksichtslos durchbrochen werden". Nach über einjährigem Bestehen des Würgetriebes (öfters 90 mal am Tage) gelingt es, nachdem alle andere Therapie versagt hatte, diesen durch mehrfache Hypnose zu beseitigen und damit auch einen Teil der gleichzeitig bestehenden psychischen Anomalien. Einige Male traten echte tetanische Anfälle auf. Verf. sieht die Bedeutung des Falles, der eingehend besprochen wird, erstens auf psychopathologischem Gebiet, insofern die Krankheitssymptome, namentlich das Würgen, aus dem „Zusammentreffen einer psychopathischen Konstitution, exogener emotioneller Einwirkungen und einer chronischen enzephalitisch-amyostatischen Erkrankung" herauswuchsen; zweitens in dem anscheinend gesetzmäßigen Zusammenhang zwischen Würgen (Reizung der Schilddrüse?) und dem dem sexuellen Orgasmus ähnlichen Lustgefühl und drittens auf neurologischem Gebiet, insofern das Würgen, wahrscheinlich durch Schädigung der Parathyreoiddrüsen, unter Mitwirkung der amyostatischen Atmungsstörung zu einer Tetanie führte.

Kauders (171) beobachtete „psychogen als hysterische Reaktionen ausgelöste, motorisch-neurologische Zustandsbilder . . ., die nach ihrer klinischen Erscheinungsform dem postenzephalitischen Parkinsonismus zuzuordnen sind. Es ergaben sich Übergänge von dem motorischen und affektiven Extremverhalten, wie es der Dämmerzustand darstellt, zu dem motorischen und affektiven Typus des Normalzustandes. Als Grundlage des torpiden Bewegungstypus und der hysterischen Verhaltungsweise wird eine Minderwertigkeit des striopallidären Systems vermutet".

Lange (188) bespricht eingehend die äußerlich gleichartigen Erscheinungen bei der Enzephalitis und der Dementia praecox, namentlich den Spontaneitätsmangel. Bei der Enzephalitis gruppieren sich nach ihm „alle Erscheinungen um Abänderungen auf dem Gebiete der motorischen Vorgänge, wobei man diese vorwiegend nach den beiden Polpaaren Akinese und Hyperkinese, unter Einschluß der Reduktion bezw. Überproduktion oder Hemmungslosigkeit des motorischen Ausdrucksgeschehens, und das andere der Hypertonie und Hypotonie ordnen kann". Von hier aus gelingt es offenbar, Ausblicke auf Affektivität, seelische Spontaneität, Reichtum des aufgenommenen Bewußtseinsmaterials usw. zu gewinnen. Demgegenüber scheinen zwar bei einzelnen katatonischen Erkrankungen motorische Störungen das Bild zu beherrschen, in vielen Einzelheiten können sich

auch metenzephalitische Bilder den katatonischen Symptomen so nähern, daß man an gleiche Funktionsherde denken muß; das aber, was dem größten Teil der katatonischen Bilder das Gepräge gibt, sind die im eigentlichen Sinne schizophrenen Anomalien, die im wesentlichen auf seelisch faßbare Störungen hinführen.

Bychowski (52) bespricht neben den klinisch sichtbaren psycho-pathologischen Erscheinungen bei der Enc. epid. auch die Ergebnisse von Reaktionsversuchen, weiterhin plethysmographische Versuche und Arbeitskurven. Daran knüpft er theoretische Erörterungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Gerstmann (124) sieht die Ursache der Akinesen und Hyperkinesen der Spätenzephalitiker in einer Störung des Antriebs. Die Bewegungen selbst zerfallen in verschiedene Kategorien, die von den elementaren Kraft-, Energie- und Tempofaktoren der Bewegung über primitive, unbewußt ablaufende Automatismen zu den Einstellungs-, Abwehrbewegungen u. dergl. führen, die als erste zugleich neurologisch und psychologisch (als instinktive Bewegungsantriebe) faßbar sind. Von diesen geht es weiter zu den sekundären, erlernten Automatismen und schließlich zu den bewußten Willenshandlungen. Bei den postenzephalitischen Bewegungsstörungen handelt es sich um jene Gruppe, die an der Grenze zwischen rein neurologischem und schon psychischem Geschehen steht. Der Antrieb selbst ist nicht lokalisierbar; er ist eine Funktion des Gesamtorganismus. Die Störungen des Antriebs bei der Spätenzephalitis sind das Ergebnis „der vom striopallidären Hirnapparat (im weiteren Sinne) stammenden dynamisch-energetischen Regulierungen und Zuflüsse zu den Antrieben, der ... Kraft-, Energie-, Tempofaktoren und ähnlicher Bewegungskomponenten". Bei den Akinesen und Hyperkinesen Geisteskranker, namentlich der Schizophrenien, spielen sich die Antriebsstörungen dagegen auf den höchsten Stationen des Psychischen ab. Verf. betrachtet seine Anschauungen als heuristische Hypothese.

Bonhoeffer (40) zeigt in seiner Arbeit die Probleme, die durch die epidemische Enzephalitis aufgeworfen sind. Während die gewonnenen Erfahrungen zu einer weiteren Abkehr von der in ihrer extremen Fassung von *Wernicke* formulierten Meinung von der Suprematie der Hirnrinde und des Hirnmantels als Substrat des Psychischen führte, wurden auf der anderen Seite Fragen nach den Beziehungen des Hirnstammes zu den schizophrenen Prozessen laut. Wir haben bisher zwar keine Sicherheit über die Bedeutung des Hirnstammes für die Affektivität und Aktivität, um die es sich in erster Linie handelt, gewonnen, immerhin aber doch gewisse Richtpunkte für die weitere Arbeit. — Die symptomatisch-psychotischen Erscheinungen, die Verf. zum Schluß kurz bespricht, sind nicht so, daß man aus ihnen allein die Diagnose stellen könnte; immerhin haben sie doch nicht selten eine spezifische Färbung ähnlich den Begleitpsychosen der akuten Chorea.

Fischer (104) weist an 4 Fällen von transkortikaler sensorischer Aphasie auf die durch die Sprachstörung bedingten Denkstörungen — Ablenkbarkeit durch verbale Paraphasie und Behinderung des Gedankenganges durch Perseveration — sowie auf Störungen der Merkfähigkeit, der Aufmerksamkeit und auf Veränderungen des Wesens hin. Alle Kranken waren von einer sanften eigenartigen Ergebenheit und Höflichkeit. Die Störung der Aufmerksamkeit bestand in einer Einengung

der Aufmerksamkeitsrichtung: es wurden nur Teile erfaßt, das Ganze und seiner Zusammenhänge dagegen nicht verstanden. Verf. betrachtet diese Störungen als charakteristisch für die genannte Sprachstörung.

Bonhoeffer (39) teilt ausführlich einen Fall von Agrammatismus mit, der sich zugleich durch eine Störung der Rechts-Linksorientierung auszeichnete. Anatomisch fand sich eine Schädigung der mittleren Partie der linken hinteren Zentralwindung, der Supramarginalis, des inneren Teils der Heschl'schen Windung und einer kleinen Strecke der anliegenden medialen Lippe der ersten Schläfenwindung. Er ist von Wichtigkeit in lokalisatorischer Beziehung, weil er die Richtigkeit der von *Pick*, *Kleist* und anderen vertretenen Anschauung der temporalen Herkunft gewisser Agrammatismusformen erweist, wobei die Möglichkeit, daß auch eine Läsion der motorischen Sprachregion Agrammatismus herbeiführen kann, offen bleibt; weiterhin ist von Wichtigkeit, daß hier zum ersten Male eine Störung der Rechts-Linksorientierung bei ausschließlich linksseitigem Herde zustandegekommen ist.

Isserlin (158) beantwortet die Fragen, die er bezüglich des Agrammatismus stellt, in einer sehr lesenswerten Arbeit an der Hand von drei ausführlich besprochenen Fällen etwa folgendermaßen: 1. Es gibt ohne Zweifel einwandfrei unterscheidbare Formen agrammatischen Sprechens, des expressiven Agrammatismus; sicher sind die beiden bisher bestgekannten Formen gekennzeichnet im Agrammatismus (höchster Grad: Depeschenstil) und im Paragrammatismus *Kleists*. Daneben sind weitere phänomenologisch abgrenzbare Formen anzunehmen. 2. Auch für Störungen des grammatischen Verständnisses, den impressiven Agrammatismus, nimmt er verschiedene Formen an. 3. Es gibt zweifellos Beziehungen zwischen den verschiedenen Formen des expressiven und impressiven Agrammatismus einerseits und den aphasischen Formen anderseits und zwar gehören motorische Aphasie in der Rückbildung und Depeschenstil, sensorische Aphasie und Paragrammatismus zusammen. Bei der motorischen Aphasie finden sich höchstens leichte impressive Agrammatismen, bei der sensorischen Aphasie dagegen grobe. 4. In diesem besonders ausführlich behandelten Teil über die den Agrammatismen zugrunde liegenden Mechanismen und über die Frage nach besonderen, von anderen, namentlich aphasischen Störungen unabhängigen Gründen des Auftretens agrammatischer Symptome geht Verf. auf wichtige Streitpunkte der heutigen Psychologie ein. Er vertritt dabei die Meinung: „Der Satz ist keine Summe von Wörtern, so wenig als die Melodie eine Summe von Tönen ist; der Satz hat oder ist eine Gestalt." Der Agrammatismus kann seine Ursache in Denkstörungen haben. Den Depeschenstil erklärt Verf. als „ein aus der Sprachnot des motorisch Aphasischen entsprungenes Einstellungsphänomen. Für den Paragrammatismus nimmt er gleichfalls den Mechanismus einer zentralen Störung des Gestaltens an: einer Störung, die „vor" der Wortfindung gelegen ist und die ihren letzten Grund in dem sensorischen Defekt hat. Der impressive Agrammatismus der „sensorischen" Paragrammatiker liegt in Störungen innerhalb der klanglichen Sphäre begründet. 5. Schließlich erkennt der Verf. „die Notwendigkeit einer Annahme von gesonderten groben Hirnstörungen

(die von den die aphasischen Symptome bedingenden getrennt wären) als Unterlage der agrammatischen Erscheinungen" nicht an.

Kleine (175) gibt einen Überblick über die verschiedenen Hypothesen von der Lage des kortikalen Blasenzentrums. Auf Grund von 18 einschlägigen Fällen kommt er zu dem Ergebnis, daß bleibende Blasenstörungen nur bei doppelseitigen Bein-, speziell Fußlähmungen beobachtet werden. Das kortikale Blasenzentrum liegt beiderseits im Parazentrallappen in der Gegend des Fußzentrums. Beide Zentren bilden eine funktionelle Einheit und nur bei der Schädigung beider oder der von ihnen herabziehenden Bahnen kommt es zu Blasenstörungen.

Pick (264) beschreibt einen Fall von Hydrocephalus chron. internus mit einer Störung der Orientierung am eigenen Körper und knüpft daran einige psychologische Bemerkungen. Er erwähnt weiter, daß der gleiche Kranke beim Greifen nach Gegenständen meist dahinter, gelegentlich daneben greift, zuweilen den betreffenden Gegenstand aber überhaupt nicht zu sehen scheint. Kurz erwähnt er noch zwei Kranke mit Orientierungsstörungen, von denen eine senil dement war, während bei der anderen die Störung isoliert als postepileptische, also transitorische Störung zur Beobachtung kam.

Lewerenz (192) bespricht einen Fall, in dem ein Neurofibrom 17 Jahre nach einem komplizierten Schädelbruch (Hufschlag) zum Tode führte. Er lehnt eine ätiologische Beziehung des Tumors zum Trauma ab.

Forster (106) folgert aus eigenen und fremden Beobachtungen an reinen oder fast reinen Linsenkernerkrankungen, daß den letzteren psychische Störungen im engeren Sinne nicht zukommen. Die Affektexplosionen sind Reaktionen auf ein unzweckmäßiges Verhalten der Umgebung und die Krankheit. Die gereizte Stimmung erklärt sich aus normalpsychologischen Motiven. Soweit wirkliche psychomotorische Störungen, Demenzen usw. beobachtet werden, handelt es sich um Kombinationen mit Rindenerkrankungen. Für die Anschauung, im Linsenkerngebiet sei eine psychische Zentralfunktion im Sinne *Reichardts* und *Berzes* zu suchen, findet sich kein Anhaltspunkt.

Donath (85) sieht im Stirnhirn die den motorischen Zentren in den vorderen Zentralwindungen übergeordneten Zentren. Die Ausfallserscheinungen bei Stirnhirnerkrankungen und -verletzungen beweisen dessen überragende Bedeutung für die höheren psychischen Funktionen sowohl auf dem Gebiete der Affekte und des Willens als auf jenem der Auffassung, des Gedächtnisses und der Intelligenz. Das sucht Verf. durch die in der Literatur bekannt gewordenen Fälle zu beweisen.

Nach *Goldstein* (128) ist das Stirnhirn dem zerebellaren Reflexapparat übergeordnet. Es hat die Bedeutung, „die willkürlich erfolgenden Richtungsinnervationen des Körpers, das Hinlenken des Gesamtkörpers, der Augen, der Extremitäten, auf ein bestimmtes, im Blickpunkte des Interesses stehendes Ziel zu unterstützen. Es vollbringt dies, indem es die unter dem Einfluß peripherer Reize erfolgenden Richtungseinstellungen des Zerebellarapparates abstuft und entsprechend den Erfordernissen der psychischen Gesamtsituation reguliert. Der Fortfall des frontalen Einflusses führt einerseits zur Störung psychisch veranlaßter Richtungsleistungen bei willkürlicher Innervation (zu Vorbeizeigen, Vorbeigehen usw.),

andererseits durch Isolierung des abhängigen Apparates zu Enthemmungserscheinungen im zerebellaren Apparat".

Eine zweite Leistungsgruppe des Stirnhirns betrifft die Praxie. Abgesehen von den Störungen der Sprache, Schrift, Mimik kommt es gelegentlich — bei Läsionen der frontothalamischen Bahnen — zu Störungen im Sinne der Hypo- bezw. Akinese.

Bei den psychischen Störungen handelt es sich um eine „dem Wesen nach überall gleiche einheitliche Funktionsstörung", die bei solchen Leistungen zutage treten, welche nur durch das Erfassen des Wesentlichen der Gesamtsituaton möglich sind. Einfache, mehr automatisch ablaufende psychische Leistungen können zu gleicher Zeit abnorm gut vor sich gehen. Verletzungen des Stirnhirns können zu einer Enthemmung dieser einfacheren Vorgänge führen.

Kleist (176) bespricht selbstbeobachtete Fälle von Herderkrankungen der Stammganglien mit Akinese und Hyperkinese unter Heranziehung auch anderer Beobachtungen. Danach können Katalepsie und Akinese auch einseitig in Verbindung mit andersseitiger Hemiplegie auftreten. „Striatum und Pallidum innervieren doppelseitig, so daß jede Körperhälfte von beiden Linsen- und Schwanzkernen Anregungen empfängt, allerdings die kontralaterale Körperhälfte stärkere als die homolaterale... Daher bleiben kleine, ausschließlich einseitige Verletzungen im Striatum und Pallidum infolge der erhaltenen Funktion der andersseitigen Stammganglien verdeckt. Größere einseitige Striatumherde machen nahezu ausschließlich kontralaterale Störungen, nur in vereinzelten Fällen.... kommt es auch auf der homolateralen Seite zu geringfügigen Störungen. Im Allgemeinen wird die Störung der Motilität auf der homolateralen Seite durch die erhaltene Funktion des andersseitigen Striatums und Pallidums ausgeglichen. Die Störungen, die bei größeren einseitigen Herden auftreten, sind choreatische und athetotische Erscheinungen." „Psychomotorische Hyperkinese und choreatisch-athetotische Unruhe stimmen ... in ihren Entstehungsbedingungen weitgehend überein... Beide Erscheinungen können sowohl durch Striatumherde wie durch Zuleitungsstörungen innerhalb des Bindearmsystems hervorgerufen werden." In den psychomotorischen Hyperkinesen wie in den choreatisch-athetotischen Unruheerscheinungen sieht Verf. Äußerungen einer Inkoordination, eines Funktionszerfalls und einer Enthemmung im Bereiche der striären Automatismen; sie unterscheiden sich voneinander nur durch den Grad des Funktionsabbaues. Ursache dieser Koordinationsstörungen ist entweder die Unterbindung differenter Regulierungen und Hemmungen, die in der Bindearmbahn über den Thalamus zum Striatum ziehen, oder Läsion des Striatums selbst, das im wesentlichen als ein rezeptiv-koordinatorisches Organ der Automatismen anzusehen ist. Wenn auch die Übereinstimmung zwischen den psychomotorischen Erscheinungen bei Herden in den Stammganglien und bei Geisteskranken sehr weit geht, so muß aus der häufigen größeren Kompliziertheit der letzteren auf gleichzeitige Krankheitsvorgänge in der Hirnrinde geschlossen werden.

Marburg (212) faßt sein Referat dahin zusammen, daß in das Kleinhirn nur Fasern gelangen, die propiorezeptive resp. labyrinthäre Reize leiten, und daß sie

dies entweder direkt tun oder nach Transformation im Striatum oder Cortex. Alle diese Reize werden durch das Kleinhirn auf Zentren der Bewegung übertragen die ihrerseits auf dem Wege extrapyramidaler oder pyramidaler Bahnen diese Impulse ins Rückenmark gelangen lassen. Es scheint nur, daß beim Menschen bereits alle Muskeln unter Kleinhirneinfluß stehen und daß in allererster Linie die Innervationsgröße bestimmt wird. Aber nicht nur die Größe der Innervation, sondern auch das Maß des Tonus und der Kraft scheinen hier bestimmt zu werden. Es sind also in erster Linie nicht die Bewegung und nicht der Tonus und nicht die Kraft, die hier bestimmt werden und ihre Auslösung finden, sondern hier werden sie abgestuft, um den richtigen Bewegungsablauf zu gewährleisten". *(Josephy.)*

Mingazzini (212) berichtet über die Resultate, die sich aus der Beobachtung von Kleinhirnerkrankungen beim Menschen ableiten lassen. Drei Gruppen von Erscheinungen sind direkt auf die Läsion des Kleinhirns zu beziehen, die Ataxia cerebellaris mit ihren verschiedenen Speizalerscheinungen, die dynamischen Störungen der Muskelfunktion und endlich die Tonusstörungen. Die Kleinhirnrinde „besitzt wenigstens beim Menschen keine gemäß den Körpersegmenten gegliederte Lokalisation. Zur Zeit wenigstens kann man nur feststellen, daß es zwei große Gegenden des Kleinhirns gibt, deren Funktion es ist, die Eumetrie, die Entonie und die Eusthenie der Bewegungskombinationen zu unterhalten und zu bewahren; und zwar ist die eine mehr medial, im Vermis sup. (Galaeocerebellum) und im Lob. quadratus ant. für die Statik und Lokomotion, die andere mehr lateral in dem größten Teil der Kleinhirnhemisphären (Neocerebellum) für die einseitigen Bewegungen der oberen Extremitäten lokalisiert". *(Josephy.)*

Cassierer und *Lewy* (57) diskutieren an Hand von 5 Fällen von hypophysären Geschwülsten Fragen der Symptomatologie, Diagnose und Therapie derselben.

Hermann (146) teilt einen Fall von Hypophysentumor mit, in dem es durch den Druck des Tumors auf die Karotiden zur Hirnatrophie und damit zu schwerer Demenz und zu Halluzinationen ähnlich wie beim Alkoholdelir kam.

Schröder (317) beobachtete bei einem Kranken mit einer von der Hypophyse ausgehenden und extradural an der Basis sitzenden Hirngeschwulst eine Episode hyperkinetischer Art von der Art der katatonen Zustandsbilder.

Petle (260) berichtet über 3 Kranke mit zirkumskripter seröser Meningitis, die einige Monate bis 2 Jahre nach einem Kopftrauma erkrankten und durch Operation (Schlitzen der Pia) geheilt wurden.

Bonsmann (41) untersuchte 14 Bettnässerfamilien mit insgesamt 40 Mitgliedern auf das Vorhandensein von spina bifida occulta. Er fand die letztere auffallend häufig, nämlich 20 mal, aber nicht nur bei den Bettnässern, sondern auch bei den gesunden Familienmitgliedern. Einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Bettnässen und spina bifida konnte er aus dem vorliegenden Material nicht ableiten.

Schröder (318) bespricht Symptomatologie, Anatomie und Pathogenese der funikulären Sklerose (funiculäre Myelitis *Hennebergs*).

Ilberg (157) teilt einen Fall von multiplen Verödungsherden in der Hirnrinde mit, die auf arteriosklerotische Gefäßprozesse zurückzuführen sind. *(Josephy.)*

Westphal (374) fand nach operativer Entfernung endokriner Drüsen (Ovarien,

parathyreoidea) außer den bekannten Symptomen wie Dystrophia adiposo-genitalis, Tetanie, Epilepsie, psychischen Störungen u. a. mehrfach auch eine Beteiligung der Pyramidenbahn, in leichteren Fällen Babinski oder allmählich sich entwickelnde Hemiparesen, in schwereren apoplektiform auftretende Lähmungen, für die er Blutungen aus den durch die Toxinwirkung geschädigten Gefäßen verantwortlich machen möchte.

v. Volkmann (365) hat eine große Reihe von Zirbeldrüsen mikroskopisch untersucht. Er kommt zu dem Resultat, daß die Kernkugeln mit der Sekretion zu tun haben. Außerdem lassen sich in bestimmten Zellen des Organs Granula nachweisen, die alle Zeichen echter Sekretgranula aufweisen. Die Zirbel ist eine inkretorische Drüse. Die Arbeit enthält ausgedehnte Gewichtstabellen. *(Josephy.)*

Fünfgeld (110) beschreibt eingehend den histologischen Befund eines Falles von Paralysis agitans. Es fand sich eine recht erhebliche Erkrankung der Rinde, besonders ihrer frontalen Abschnitte. In den Stammganglien ist vor allem die dorsale Hälfte des Pallidum externum geschädigt. Im Striatum sind nicht nur die großen Zellen an Zahl vermindert, sondern auch die kleinen Elemente z. T. schwer erkrankt. Im Zwischenhirn ist besonders der Nucleus periventricularis betroffen. Auch die Substantia nigra ist schwer erkrankt. Die *Dresel-Lewy*sche Theorie des paläostriären Diabetes hält der Verf. noch nicht für genügend gesichert. *(Josephy.)*

Siemerling und *Creutzfeldt* (328): Ein siebenjähriger Knabe, der seit drei bis vier Jahren Bronzefärbung der Haut zeigt, wird mit schweren organischen Symptomen von seiten des Nervensystems aufgenommen und stirbt nach kurzer Zeit. Die Obduktion ergibt eine Hypoplasie der Nebennieren und außerdem einen schweren Prozeß im Gehirn und Rückenmark. Hier ist im Großhirn wie im Kleinhirn das Marklager weitgehend entmarkt, ferner finden sich marklose Herde im Pons, und die Pyramidenbahn ist in ihrem ganzen Verlaufe degeneriert. Mikroskopisch finden sich Abbauzellen, Gliawucherung und vor allem eine wesentlich entzündliche perivaskuläre Infiltration. Der Fall wird zu den entzündlichen Formen der diffusen Sklerose gerechnet. Über die Beziehung der Nebennierenerkrankung zu dem Hirnprozeß läßt sich nichts aussagen. *(Josephy.)*

---

4. Idiotie, Imbezillität, Debilität, Psychopathie.

Ref.: F. Schob-Dresden.

1. *Abramson*, La psychologie expérimentale appliquée à la rééducation des anormaux. Encéphale no. 2, p. 94.
2. *Alvarez-Salazar*, Die Verstandeskraft und ihre Messung bei Imbezillen. Anales de la Acad. méd-quirurg. española vol. 10, p. 341.
3. *Barnes*, Mongolism. Importance of early recognition and treatment. Ann. of clin. med. vol. 1, no. 5, p. 302.
4. *Bartsch*, Die Hilfsschule, eine heilpädagogische Anstalt. Ein Beitrag

zu ihrer Begründung, ihrem Aufbau und Ausbau. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 2. (S. 110*.)

5. *Benon*, Debilité intellectuelle congénitale et démence précoce. Journ. des practiciens ann. 37, no. 14, p. 214.
6. *Böhmig*, Psychische Veränderungen bei Kindern im Gefolge von epidem. Encephalitis. Arch. f. Psych. Bd. 69.
7. *Bolk*, Über Mongolenfalte und mongoloide Idiotie. Nederl. tijdschr. v. geneesk. ann. 67 (I), no. 3.
8. *Bormann*, Kritik zur Beurteilung der Entwicklungsfähigkeit schwachsinniger Kinder. Auszug a. d. Inaug.-Diss. Göttingen. Med. Klin. Nr. 37, S. 1260.
9. *Christoffel* u. Dr. phil. *Großmann* (Basel), Über die experimentelle Komponente in Bildnereien geistig minderwertiger Kinder. (Vorläufige Mitteilung nach einem Demonstrationsvortrag in der Frühjahrsversammlung des Schweizer Vereins f. Psych.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 3.
10. *Cimbal*, Persönlichkeitsspaltungen und Verwahrlosungsformen. Dtsche. med. Wschr. Nr. 17, S. 545.
11. *Coèn*, Contributo alla conoscenza della pazzia morale. Riv. sperimentale di fren. et med. leg. della alienazioni mentali. Vol. 47, fasc. 2, p. 141.
12. *Finkbeiner*, Die kretinische Entartung (nach anthropologischer Methode). Mit einem Geleitwort von Karl Wegelin. Berlin, J. Springer. 432 S.
13. *Fischer*, Über Eunuchoidismus, insbesondere über seine Genese und seine Beziehungen zur Reifung und zum Altern. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87. (S. 107*.)
14. *Fränkel*, Der psychopathologische Formenreichtum der Eunuchoiden. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 80, H. 5. (S. 107*.)

14a. *Ganter*, Über die Dicke und das Gewicht des Schädeldaches bei Epileptischen und Schwachsinnigen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 67, H. 1. (S. 104*.)

15. *Globus*, Ein Beitrag zur Histopathologie der amaurotischen Idiotie. (Mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zu den hereditären Kleinhirnerkrankungen und zur Merzbacher-Pelizaeusschen Krankheit.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4/5. (S. 105*.)
16. *Goldbladt*, Ein Fall von Acanthosis bei Debilitas mentis. Arch. f. Psych. Bd. 70, H. 1.
17. *v. Grabe*, Spätschicksale von Fürsorgezöglingen und Prostituierten. Arch. f. Kriminol. Bd. 75, H. 3. (S. 113*.)
18. *Gregor*, Über zeitgemäße Gestaltung der Fürsorgeerziehungsanstalten. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 1.
19. *Gregor* u. *Voigtländer*, Zur Charakterstruktur verwahrloster Kinder und Jugendlicher. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 434. (S. 111*.)

20. *Gurewitsch*, Über Charakterveränderungen bei Kindern infolge organischer Hirnerkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4/5. (S. 113*.)
21. *Isserlin*, Psychiatrie und Heilpädagogik. Zeitschr. f. Kinderforschg. Bd. 28, H. I. (S. 110*.)
22. *Jamin*, Zur Entwicklung des psychischen Infantilismus. (Vortrag i. Südwestdtsch. Psychiaterverein, Erlangen, Okt. 1923.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 83, S. 17. (S. 108*.)
23. *Kirch-Hertel*, Tuberöse Hirnsklerose mit verschiedenartigen Mißbildungen und Geschwülsten. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 33, Sonderbd. (S. 106*.)
24. *Kramer*, Die Bedeutung von Milieu und Anlage beim schwer erziehbaren Kinde. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, H. 1. (S. 111*.)
25. *v. d. Leyen*, Wege und Aufgaben der Psychopathenfürsorge. Ztschr. f. Kinderforschg. Bd. 28, H. I.
26. *Derselbe*, Zeitgemäße Ausgestaltung der Heim- und Anstaltserziehung mit besonderer Berücksichtigung der Psychopathen. Ausbildungsfragen für Mitarbeiter der Erziehungsfrage. Ztschr. f. Kinderforschg. Bd. 28, H. 2.
27. *Looft*, Die geistige Entwicklung rachitischer Frühgeburten. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 25, H. 1/6. (S. 107*.)
28. *Lückerath*, Über Psychiatrie und Jugendfürsorge. Arch. f. Psych. Bd. 68. (S. 113*.)
29. *Luxenburger*, Die psychiatrische Abteilung einer Fürsorgeerziehungsanstalt. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17/18.
30. *Maier*, Psychische Störungen beim Kleinkind. Schweiz. Ztschr. f. Gesundheitspfl. Jg. 3, H. 2. (S. 112*.)
31. *Marinesco*, Untersuchungen über die feineren Veränderungen des Gehirns bei Idiotie und Fällen von Myxödem. Spitalul, ann. 43, no. 7/8.
32. *Marinesco* et *Radovici*, Idiotie amaurotique et rigidité décérébrée. Encéphale no. 3.
33. *Messerli*, Contribution à l'étude de l'étiologie du goitre endémique. Recherches sur la fréquence et la répartition du goitre dans le Bas-Valais d'après les résultats des visites sanitaires du recrutement. (1910 à 1920.) Schweiz. Ztschr. f. Gesundheitspfl. Bd. 3, H. 3. (S. 107*.)
34. *Naville*, Les diplégies congénitales et les troubles dysthyreoidiens dans les classes d'enfants anormaux de Genève. Étude clinique et statistique. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 13, H. 1/2. (S. 107*.)
35. *Neumann*, Zur Psychopathenfürsorge. Ztschr. f. Gesundheitsfürsorge u. Schulgesundheitspflege Jahrg. 36, Nr. 1.
36. *Nikula*, Die heredogenerativen Erkrankungen und das Verhältnis der familiären amaurotischen Idiotie zu denselben. Duodecim, ann. 39, no. I. (Finnisch.)

37. *Nobécourt*, Syphilis et hypotrophies de l'enfance. Journ. des praticiens Jg. 37. (S. 109*.)
38. *Orloff*, Weibliche Fürsorgezöglinge, die Ursachen ihrer Verwahrlosung und Vorschläge, letzterer vorzubeugen. Ztschr. f. Kinderforschg. Jahrg. 27, Nr. 9—12.
39. *Peiper*, Über den Turmschädel. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 25, H. 1/6. (S. 106*.)
40. *Pétru*, Les formes atténuées de mongolisme infantile. Journ. de méd. de Lyon. ann. 4, no. 75.
41. *Pophal*, Über exogene Charakterveränderungen im Sinne der „Moral insanity". Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 5/6. (S. 113*.)
41a. *Raecke*, Psychopathien und Defektprozesse. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 68, H. 3/5. (S. 111*.)
42. *Rössel*, Zur Psychologie des schriftlichen Ausdrucks geistig schwacher Kinder. Halle, C. Marhold.
43. *De Sanctis*, Études de neuro-psychiatrie infantile. Les enfants dysthymiques. Encéphale Jg. 18, Nr. 1. (S. 112*.)
44. *Schlund*, Beitrag zur Psychopathologie des Eunuchoidismus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53.
45. *Schneider*, Die psychopathischen Persönlichkeiten. Handbuch der Psychiatrie, herausgegeb. von Aschaffenburg, spezieller Teil, Abt. 7, T. I. (S. 110*.)
46. *Szondi*, Schwachsinn und innere Sekretion. Abhandl. a. d. Grenzgeb. d. inneren Sekretion, H. I. (S. 109*.)
47. *Spielmeyer*, Familiäre amaurotische Idiotie. Zentralbl. f. d. ges. Ophthalm. u. ihre Grenzgeb. Bd. 10, H. 4. (S. 105*.)
48. *Tinel*, Syndromes névropathiques et encéphalite léthargique. Journ. med. franç. Bd. 12, Nr. 4. (S. 112*)
49. *Tschugunoff*, Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der kindlichen Form der familiären amaurotischen Idiotie. Sammelbuch f. Neuropathol. Bd. I. (S. 106*.)
50. *Derselbe*, Zur Histopathologie der infantil-amaurotischen Idiotie. (Vortrag, geh. am 10. IV. 1921 in der Vers. der Neuropathol. u. Psychiater, Moskau.) Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 4.
51. *Ukai*, Über echte Nanosomie. Mitt. über allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 2, H. 1. (S. 108*.)
52. *Vermeylen*, Débilité motrice et déficience mentale. Encéphale Jg. 18, Nr. 10. (S. 105*.)
53. *Weill*, *Mouriquand* et *Dufourt*, Les dystrophies infantiles d'après les travaux récents. Journ. de méd. de Paris Jg. 42, Nr. 8. (S. 108*.)
54. *Zawjaloff*, Zur Frage über experimentell-psychologische Untersuchungen defektiver Kinder. Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psych. Bd. 2, H. 17.

A. Schwachsinn, endokrine Störungen u. ä. — Aus den Untersuchungen von Ganter (14a) seien folgende Ergebnisse hervorgehoben: Die Dicke des Schädel-

dachs beträgt beim normalen Erwachsenen durchschnittlich 5 bis 6 mm. Öfter als bei Schwachsinnigen finden sich bei Epileptikern Schädel von 7 mm und mehr Dicke, auch in einem größeren Prozentsatz jugendlicher Epileptiker ist das Schädeldach schon so dick wie beim normalen Erwachsenen. Schädel mit kleinem Schädelinhalt haben im allgemeinen eine relativ größere Dicke. Bisweilen ist die Dicke des rechten und linken Schädeldachs verschieden, wobei gewöhnlich die linke Hälfte größere Dicke zeigt. Zwischen Dicke und Gewicht des Schädeldachs bestehen keine festen Beziehungen. Caput eburneum findet sich nur bei Epileptikern. Das Gewicht des Schädeldachs schwankt in weiten Grenzen um 300 g. Die schwersten Schädeldächer finden sich bei Epileptikern. — Vermeylen (52) hat an 127 Knaben Untersuchungen darüber angestellt, in welchem gegenseitigen Verhältnis motorische Debilität im Sinne von Dupré, die nicht nur bei geistesschwachen Individuen zu finden ist, und Schwachsinnszuständen stehen. Er kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Steigerung der Reflexe ist stärker in den unteren als in den oberen Extremitäten und betrifft besonders den Patellarreflex; sie ist um so stärker, je schwerer der Grad des Schwachsinns ist; Steigerung der Armsehnenreflexe fand sich lediglich bei ausgesprochenen Imbezillen; Steigerung der Patellarsehnenreflexe war in mehr als 50 % der Fälle vorhanden, häufiger bei Imbezillen als bei Debilen. Andererseits ist aber auch das an sich seltene Fehlen der Sehnenreflexe der unteren Extremitäten bei Imbezillen häufiger. 2. Haut- und Schleimhautreflexe fehlen öfters oder sind abgeschwächt, sowohl bei Imbezillen wie bei Debilen. 3. Mitbewegungen wurden in 50 bis 75 % der Fälle festgestellt, häufiger bei Imbezillen als bei Debilen. Sie waren außerdem bei Dynamometerversuchen bei Imbezillen über weitere Muskelgruppen ausgedehnt als bei Debilen. 4. Hypotonie, andererseits Unfähigkeit, die Muskulatur völlig erschlaffen zu lassen, fanden sich in mehr als 25 %, ebenfalls häufiger bei Imbezillen. Ebenso verhält es sich mit der Neigung zur Beibehaltung von gegebenen Stellungen der Glieder, wobei die Suggestion die Hauptrolle spielt. 5. Die manuelle Geschicklichkeit ist im allgemeinen schlechter als bei Normalkindern, um so schlechter, je tiefer die Intelligenz steht. — Das Sammelreferat von Spielmeyer (47) ist in erster Linie für Ophthalmologen bestimmt und rückt daher die Augenerscheinungen und ihre histologische Grundlage bei der amaurotischen Idiotie in den Vordergrund. Aber Verf. bietet mit seiner Arbeit auch eine dem Nervenarzt und Neuropathologen willkommene Zusammenfassung der bisherigen Forschungsergebnisse und einen Einblick in noch strittige und der Lösung harrende Probleme, die uns die eigenartige Erkrankung stellt. — Globus (15) hat 3 Fälle von amaurotischer Idiotie histologisch untersucht. Bei den ersten zwei Fällen handelt es sich um typische Fälle der infantilen Form bei jüdischen Kindern. Im ersten sonst typischen Fall war besonders bemerkenswert die hochgradige Entmarkung des Marklagers mit Untergang und Auftreibung von Achsenzylindern, reichlicher, zum Teil Nester bildender Entwicklung von Fettkörnchenzellen und nur mäßiger Entwicklung von Gliawucherungen, im zweiten Falle waren Großhirn und Kleinhirn auffallend geschrumpft. Neben dem Schafferschen Zellprozeß war ein hochgradiger sklerosierender Entartungsvorgang nachweisbar. Die Rindenarchitektur war stark ge-

stört. Ganglienzellausfälle fanden sich neben herdförmiger Entwicklung von Status spongiosus. Besondere Bevorzugung einzelner Schichten war nicht nachweisbar. Das Marklager zeigte allenthalben einen diffusen Mangel an Markscheiden. Dazu traten noch Markherde mit Zerfall des Markes und starker Körnchenzellenentwicklung. Der dritte Fall gehört zur Vogt-Spielmeyerschen Gruppe. Der Tod der Kranken erfolgte im 21. Lebensjahr; im Augenhintergrund fehlte ein Makulafleck, dagegen fanden sich deutliche Optikusatrophie und eine der Retinitis pigmentosa ähnliche Netzhauterkrankung. Der Schaffersche Zellprozeß war weder in der Rinde noch im übrigen Grau ubiquitär. Es bestanden vielmehr Verschiedenheiten der Ausbreitung in den einzelnen Rindengebieten und auch innerhalb der einzelnen Schichten. Verf. nimmt an, daß sowohl im klinischen wie im anatomischen Bild fließende Übergänge von der infantilen Erkrankung über spätinfantile Fälle zur juvenilen Form vorhanden sind, sowohl die Rassendisposition wie die Familiarität wie die Blindheit stellen keine absoluten Gesetze dar. Der Schaffersche Prozeß ist das Bindeglied. Der Nachweis einer Miterkrankung des Marklagers im Sinne einer fortschreitenden Markerkrankung setzt die amaurotische Idiotie in gewisse Beziehung zur Merzbacher-Pelizaeusschen Erkrankung. — Im Fall von *Tschugunoff* (50) erkrankte das jüdische Kind mit 7 Monaten und starb im Alter von 16 Monaten. Makroskopisch war das Gehirn auffallend windungsreich und derb. Mikroskopisch war das Zellbild nach *Schaffer* und *Bielschowsky* typisch. In der Pyramidenbahn zeigte sich ein deutlicher degenerativer Prozeß. Andere Bahnen, vor allem die Assoziationssysteme, zeigten nur Erscheinungen von Entwicklungshemmung. Die Ansicht *Schaffers*, daß die am. Idiotie eine Erkrankung des gesamten Ektoderms sei, hält *Tschugunoff* nicht für richtig. In den endokrinen Drüsen, vor allen Dingen im Ovarium und in der Thymus fanden sich Zysten, die medulläre Substanz der Nebenniere war äußerst schwach entwickelt, ein Punkt, dem Verf. große Bedeutung beilegt. — Bei einem 67 jährigen Manne, der weder Epilepsie noch Hautanomalien noch ausgesprochene psychische Störungen gezeigt hatte, fand *Kirch-Hertel* (23) bei der Sektion Herde von tuberöser Sklerose in der Rinde und im Ventrikel, daneben Mißbildungen in anderen Organen: diffuse echte Pankreashyperplasie, eine echte linksseitige Nebenlunge, eine Anomalie im Verlaufe der Vena spermatica, Nierentumoren vom Charakter der Angio-Lipo-Leyo-Myome mit teilweiser sarkomatöser Umwandlung, ein Lipom des perirenalen Fettgewebes, kleine Lipome im Herzen, ein submuköses weiches Fibrom der Vorderwand des Magens. Verf. definiert die tuberöse Sklerose „als eine mit Geschwulstbildung verbundene embryonale Entwicklungsstörung in den verschiedensten Organen". — Nach *Peiper* (39) ist in zweifelhaften Fällen für die Diagnose Turmschädel das Röntgenbild entscheidend (Impressiones digitatae). Die Optikusaffektion ist ziemlich unabhängig von den erkennbaren Druckverhältnissen. Die prämature Verknöcherung verringert das Schädelwachstum, hebt es aber nicht auf. An dem Mißverhältnis zwischen Schädel und Gehirnvolumen ist vielleicht auch übermäßig gesteigertes Wachstum des Gehirns schuld. Krampfanfälle in Form der kleinen Anfälle kommen vor. Die Tatsache, daß mit Turmschädel sich öfters andere Mißbildungen verbinden, und das familiäre Vorkommen sprechen mehr

für die Annahme eines erblichen, wahrscheinlich rezessiv gehenden Leidens. — *Looft* (27), der überhaupt der Rachitis unter den Ursachen des jugendlichen Schwachsinns größere Bedeutung beimißt, hat 38 rachitische Frühgeburten untersucht. Er fand, daß rachitische Frühgeburten in den ersten zwei Jahren in ihrer Entwicklung hinter nicht rachitischen zurückstehen. — Im ersten Teile seiner Arbeit gibt *Messerli* (33) eine Zusammenstellung von Literaturberichten von 1570 bis etwa 1850 über das Vorkommen von Kropf in Wallis. Der zweite Teil berichtet über die Kropfzahlen in einzelnen Dörfern und Jahrgängen; im dritten Teile werden folgende Schlüsse gezogen: Talorte, namentlich an Vereinigungsstellen von Flußläufen, sind am stärksten kropfverseucht, während die Dörfer, die oberhalb der erwähnten Orte liegen, viel weniger Kropf und Kretinismus aufweisen. Die höchstgelegenen Gemeinden sind im allgemeinen überhaupt kropffrei. Das Kropfvorkommen zeigt keinerlei Abhängigkeit von einer besonderen geologischen Beschaffenheit. Es hängt nur von der Verteilung des infizierten Wassers ab, indem Einwohner und Vieh der hochgelegenen Ortschaften durch ihre Exkremente das Trinkwasser der tiefgelegenen Orte verunreinigen. Der Kropf ist im allgemeinen auf eine chronische intestinale Infektion zurückzuführen, Dysenterie ist im Kanton häufig und zeigt dieselbe Verbreitung wie der Kropf. Die tiefgelegene relativ kropffreie Gemeinde Saxon hat eine jodhaltige Quelle. — Im Gegensatz zu anderen Autoren ist *Naville* (34) der Meinung, daß Störungen der Schilddrüsenfunktion in der Ätiologie der kongenitalen spastischen Diplegien keine große Rolle spielen. Unter 1700 Hilfsschulkindern fand er nur 4 Fälle, in denen dysthyreoide Störungen mit wahren kongenitalen Diplegien verbunden waren. — *Fränkel* (14) hat 6 Fälle von Eunuchoidismus daraufhin untersucht, ob es tatsächlich eine einheitliche psychische Struktur bei ihnen gibt, wie mehrfach behauptet worden ist. Er lehnt diese Annahme ab. Drei seiner Patienten fielen durchaus in die Spielbreite der Norm, nur einer zeigte Beziehungen zur Epilepsie, heitere, etwas imbezille Bereitwilligkeit kennzeichnen den vierten Fall, der körperlich am wenigsten ausgesprochene Fall war als schizophrener anzusehen. Es muß bestritten werden, daß das Studium der Eunuchoiden ein Ergebnis für die so erfolgreich inaugurierten Untersuchungen über den Zusammenhang von Körperbau und Charakter bringen werden. — Gegen diese Arbeit wendet sich *Fischer* (13). Er wirft *Fränkel* vor, daß er den Lebensgang seiner Fälle nicht genügend analysiert habe, und zeigt an der Hand eines Falles zu welch falschen Resultaten man gelangen kann, wenn man sich nur auf die Angaben der Patienten selbst verläßt. Die weiblichen Frühkastraten und Eunuchoiden weisen wesentliche charakterologische Differenzen von männlichen Individuen auf und stehen dem weiblichen Charakter näher als dem Charakter männlicher Eunuchoider, eine Erfahrung, die nicht für das oft behauptete Auftreten einer asexuellen Konvergenz der beiden Geschlechter im Eunuchoidismus spricht. Auch die Beziehungen des Eu. zur Homosexualität sind keine unmittelbaren. Der Eu. kann aber die Anlage zur Hom. in sich tragen. *Fischer* teilt einen sehr interessanten Fall mit, wo bei einem 28jährigen Eu. nach Hodenimplantation sich Homosexualität, die früher nicht vorhanden war, entwickelte. Verf. betont, daß er nie zu einer Kombinationdes Eu. mit psychischer Epilepsie oder von einem epileptischen Charakter der Eu.

gesprochen habe, sondern nur die Gemeinschaft einzelner pathologischer Äußerungsformen, wie Alkoholintoleranz, Krämpfe, Umständlichkeit, Pedanterie, Empfindsamkeit u. a. m. hervorgehoben habe. Von einer regellosen Vielgestaltigkeit der typischen Bilder beim Eu., wie das *Fränkel* behauptet, kann keine Rede sein. Die Arbeit bringt auch sonst noch interessante Ausführungen zur Endokrinopathologie. — Nach *Jamin* (22) ist der Infantilismus nicht immer angeboren. Er hält es für zweckmäßig, den Infantilismus nach Zeitmaß und Reihenfolge der körperlichen und seelischen Entwicklung als etwas Werdendes zu betrachten. Namentlich in der Vorpubertät können sich die normal innigen Beziehungen von Wachstum, Geschlechtsentwicklung und psychischer Reife lockern, insbesondere so, daß die seelische Entwicklung nicht Schritt hält. Man spricht besser von einer psychischen Reifeverzögerung. Körperlich finden sich bei solchen Individuen häufig als Ausdruck einer gewissen Labilität des vegetativen Nervensystems Blässe, Appetitmangel, Verdauungsstörungen, nervöses Erbrechen und Aufstoßen, Seufzeratmung, Einnässen, Unregelmäßigkeit der Herztätigkeit. Der Körperbau ist meist schwächlich, das Längenwachstum meist zurückgeblieben, die Möglichkeit eines Ausgleichs bleibt immer offen. — *Weill, Mouriquand* und *Dufourt* (53) berücksichtigen für ihre Zusammenstellungen hauptsächlich die französische, englische und amerikanische Literatur. Sie stellen folgende Formen auf: 1. glanduläre Dystrophien. A. Formen mit Störung der Skelettentwicklung, a) hypophysäre Dystrophien: reiner Zwergwuchs, Infantilismus mit Atrophie der Genitalien, Akromegalie, infantiler Riesenwuchs, oft mit Hypoplasie der Genitalien. b) epiphysärer Knochenmißwuchs selten: vorschnelle Entwicklung des Knochenskeletts, vertikale Blicklähmung, vorzeitige Pubertät. c) genitaler Knochenmißwuchs: übertriebenes Wachstum der Beine, Verzögerung des Eintritts der sekundären Geschlechtscharaktere. d) thyreoidaler Knochenmißwuchs: oft verbunden mit Myxödem. e) Polyglandulärer Knochenmißwuchs: hierher gehört der Suprareno-genito-hypophysäre Zwergwuchs mit greisenhaftem Aussehen. B. Dystrophien infolge Allgemeinstörung des Stoffwechsels. a) hypophysäre Fettsucht: Stamm, proximale Teile der Extremitäten, Ausbleiben der Menses. Wahrscheinlich nicht Läsion der Hypophyse, sondern des Bodens des 3. Ventrikels. b) epiphysäre Fettsucht. c) thyreoidale Fettsucht. d) genitale Fettsucht, besonders bei Frauen. e) suprarenale Fettsucht, namentlich bei Mädchen, öfters verbunden mit Pseudo-hermaphroditismus. 2. Infantile Dystrophien alimentären Ursprungs: Beriberi, Skorbut, Rachitis. In dem Falle von *Ukai* (51) handelt es sich um einen 23jährigen männlichen Zwerg, dessen Körpergewicht zur Zeit des Todes 7,5 kg, dessen Körpergröße 87 cm, dessen Schädelumfang 39 cm betrug. Die Epiphysen waren drei Jahre vor dem Tode noch vollkommen offen, zur Zeit des Todes geschlossen. Die Muskulatur war schwächlich, leicht spastisch. Außerdem zeigte der Zwerg geringe Sekundärbehaarung, doppelseitigen Kryptorchismus, intensive Pigmentierung der äußeren Haut, Idiotie. Die Sektion ergab Schrumpfniere, Atheromatose der Aorta, fettige Degeneration des Herzens, Hirngewicht von 660 g. Die Proportionen erinnerten an die Proportionen des erwachsenen Japaners. Die endokrinen Drüsen waren kleiner als dem Alter entspricht, aber nur wenig kleiner als der Statur entsprach. Histologisch

ergaben sich keine Anhaltspunkte für die Annahme von Zwergwuchs durch Thymusschädigungen oder pluriglanduläre Schädigungen. Das Kleinbleiben des endokrinen Systems ist als Teilerscheinung des Zwergwuchses aufzufassen. Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine Hypoplasie des gesamten Organismus. — *Nobécourt* (37) unterscheidet bei heredosyphilitischen Kindern zwei Formen von Hypotrophie: 1. allgemeine Hypotrophie bei leidlichem Erhaltenbleiben der normalen Proportionen ohne Störung der Ossifikation, oft verbunden mit Störungen des Nervensystems: moralische oder intellektuelle Schwäche, Epilepsie, Hemiplegi oder Diplegie, Mongolismus, Hirnlues, Diabetes insipidus u. a. 2. Hypotrophien endokrinen Ursprungs, bald voll, bald nur andeutungsweise entwickelt. Beide Formen finden sich bisweilen noch in der zweiten Generation. Die Hypotrophien können entweder direkte Folgen der Syphilis sein oder sekundär durch Schädigung für das Wachstum wichtiger Organe bedingt sein. Die syphilitischen Hypotrophien gleichen völlig denen, die durch andere Schädlichkeiten hervorgerufen werden. — In der kurzen Einleitung zu seiner Arbeit bekennt sich *Szondi* (46) zu dem Standpunkt der Polyglandularität der meisten endokrinen Krankheitsbilder und beschreibt die von ihm gewählte Darstellung der Blutdrüsenformel. Er teilt sein Material in drei Gruppen: 1. schwachsinnige Blutdrüsenkranke, 2. Schwachsinnige mit gesunden Blutdrüsen, 3. Normalsinnige Blutdrüsenkranke. Er stellt sich und beantwortet folgende Fragen: 1. Mit welcher Häufigkeit und in welcher Form sind bei Schwachsinnigen Blutdrüsenerkrankungen zu finden? 33 % der Schwachsinnigen wiesen ernstere Veränderungen des endokrinen Systems auf und zwar meist allgemeine Schwäche der Blutdrüsen (endokrine Asthenie), teils Anzeichen gesteigerter Tätigkeit neben Abschwächung anderer (Dysthenie). 2. Welches sind die körperlichen Eigenschaften der blutdrüsenkranken Schwachsinnigen? Störungen des Längenwachstums wurden nur bei äußerst schweren endokrinen Veränderungen gefunden, Störungen der Ossifikation bei 30 %. Der Schädel war bei nahezu 50 % zu klein, 60 % zeigten Störungen der Geschlechtsreife. Eingehend werden dann noch die Zusammenhänge der einzelnen körperlichen Anomalien mit den verschiedenen Blutdrüsenformeln besprochen. 3. Welches sind die psychischen Eigenschaften der pathokrinen Schwachsinnigen? Der Fortschritt war in 70 % besonders schlecht. 80 % waren rechenschwach, 50 bis 60 % gedächtnisschwach, nur 50 % leseschwach. Die niederen Befähigungsstufen entsprachen besonders dem endokrinen dysthenischen Typus. Depressives Temperament fand sich selten, gleichgültiges Wesen war häufiger bei den endokrinen dysthenischen als den endokrinen asthenischen Individuen, bei ersteren sind die schizophrenen Charaktere häufiger, bei letzteren die überempfindlichen. Überwiegend heitere Stimmung findet sich häufiger bei endokrinen Asthenischen. 4. Haben die blutdrüsenkranken Schwachsinnigen psychosomatische oder psychophysische konstitutionelle Typen? Es werden zwei Typen aufgestellt: a) der endokrine asthenische Konstitutionstypus, b) der endokrine dysthenische Konstitutionstypus. 5. Gibt es einen Unterschied zwischen Schwachsinnigen mit normalen und kranken Blutdrüsen? Unter den Schwachsinnigen gibt es relativ mehr pathokrine als normokrine Kinder, als alleinige Ausnahme gilt das experimentelle Lesen. Die anormale

Tätigkeit des Blutdrüsensystems begünstigt Neigung zum visuellen Typus. 6. Gibt es einen Unterschied in den Blutdrüsenformeln der normalsinnigen und schwachsinnigen Blutdrüsenkranken? Der heutige Stand der Forschung gestattet eine solche Unterscheidung noch nicht. Das Studium der äußerst anregenden Arbeit ist sehr zu empfehlen. — Der Vortrag von *Isserlin* (21) weist auf die engen Beziehungen zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik hin, deren Objekt einesteils die Sinnesdefekten, anderenteils die psychisch Abnormen sind. Besonders die Kenntnis der Taubstummenpädagogik ist für die Psychopathologie wichtig. Das gilt hinsichtlich der Frage der Beziehungen zwischen Sprechen und Denken, zwischen Aphasie und Intelligenz u. a. Die Mitwirkung des Psychiaters in der Heilpädagogik ist unbedingt notwendig. Im Beginn jeder heilpädagogischen Arbeit steht die Sonderung des Materials, genaue psychologische Analyse jedes Einzelfalls ist nötig. Weiter Forschung nach besonderen herdförmigen Defekten, z. B. Sprache, Gedächtnis, Aufmerksamkeitsdefekte, Gefühls- und Willensbildung. Auch bei dem Problem der Persönlichkeit müssen erfahrungswissenschaftliche Methoden zu ihrem Rechte kommen. Diese Berührungsflächen zeigt die Heilpädagogik mit der Psychotherapie, während aber die letztere krankhafte Symptome zu bekämpfen sucht, muß die Heilpädagogik ihr Ziel auf Erziehung und Unterricht stellen. Psychiatrie und Heilpädagogik können sich gegenseitig stark befruchten. — *Bartsch* (4) wendet sich gegen die vielfach verbreitete falsche Ansicht, daß die Hilfsschule lediglich eine Art Nachhilfeschule mit angemessener Beschränkung des Lehrziels sei. Sie dient vielmehr der heilpädagogischen Behandlung kranker Kinder. Ihre Aufgabe besteht einmal darin, psychische Störungen aufzudecken, weiter darin, diese durch heilpädagogische Maßnahmen zu behandeln und dann erst mit regelmäßigem Unterricht einzusetzen. Die Unterstufe dient nur der heilpädagogischen Arbeit: Prüfung und Behandlung der psychischen Störungen (Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit usw.); erst in der Oberstufe beginnt der eigentliche Schulunterricht, der später Eingewöhnung in werktätiges Arbeiten zu bevorzugen hat. Die Hilfsschultätigkeit muß sich auch auf die Fortbildungsschulzeit ausdehnen. Der Zögling ist nach Möglichkeit so weit zu fördern, daß er selbständig einem Berufe nachgehen kann.

B. Psychopathie. — *Schneider* (45) hat sich der schwierigen Aufgabe unterzogen, für das Aschaffenburgsche Handbuch das zur Zeit so umstrittene Gebiet der psychopathischen Persönlichkeiten zu bearbeiten. Das Hauptgewicht legt er im Gegensatz zu früheren Autoren auf eine charakterologisch fundierte Schilderung der psychopathischen Persönlichkeiten. Er geht demnach zunächst von dem Persönlichkeitsbegriff aus, den er in Anlehnung an Jaspers dahin faßt, daß Persönlichkeit die Gesamtheit der individuellen verständlichen Zusammenhänge bzw. die Anlage dazu ist. Abnorme Persönlichkeiten sind Variationen, Abweichungen, von einer uns vorschwebenden aber noch nicht näher bestimmbaren Durchschnittsbreite menschlicher Persönlichkeiten. Psychopathische Persönlichkeiten sind solche abnorme Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormität leiden oder unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet. Er weist dabei ausdrücklich darauf hin, daß diese Umschreibung aus praktischen Gründen gewählt wird, die wissenschaftliche Untersuchung

hat stets bei dem Oberbegriff abnorme Persönlichkeit zu bleiben. Bei Besprechung des Problems der Einteilung kommt er nach eingehender Abwägung der altgewohnten klinischen und der neueren charakterologisch fundierten Einteilung schließlich zu dem Schluß, daß die Charakteriologie doch noch nicht genügend weit entwickelt ist und daß eine Übersicht über alle psychopathischen Persönlichkeiten, die wir in der Erfahrung vorfinden, auch heute noch von klinischen Gesichtspunkten ausgehen muß, falls sie nicht in unlebendige theoretisierende Konstruktionen verfallen oder Wichtiges übersehen will. Er selbst stellt dann 10 Typen auf: Hypothymische, depressive, selbstunsichere, fanatische, stimmungslabile, geltungsbedürftige, gemütlose, willenlose, asthenische, explosible Psychopathen. Charakterologische Gesichtspunkte werden bei der Beschreibung der Einzelformen ebenso vorsichtig abwägend berücksichtigt wie die gegenseitigen Übergänge und Beziehungen zwischen den Einzelformen gewürdigt werden. — *Gregor* und *Vogtländer* (19) wenden sich gegen die Behauptung *Stiers*, daß eine in der Zeitschrift für angewandte Psychologie erschienene Arbeit der Verf. lediglich einen Extrakt ihres früher erschienenen Buches über Verwahrlosung darstellt. Für ihre Untersuchungen sind vier Gesichtspunkte maßgebend gewesen: 1. Die Feststellung von Charakter- und Temperamentseigenschaften bei Verwahrlosten. 2. Vergleich zwischen den beiden Geschlechtern. 3. Beziehungen zwischen bestimmten Eigenschaften und klinischen Gruppen bzw. Formen moralischer Entwicklung. 4. wurde ein Hinweis auf Strukturzusammenhänge des Charakters überhaupt erstrebt. Die von ihnen gewählte Einteilung nach der moralischen Entwicklung gründet sich durchaus auf eine klinische, nicht moralisierende Betrachtungsweise. — Nach *Raecke* (41 a) begegnet die scharfe Unterscheidung zwischen Psychopathien und Defektpsychosen heute noch mannigfachen Hindernissen. Man darf die scheinbare Abhängigkeit eines psychischen Ausnahmezustandes von einer äußeren Situation oder einem Affekterlebnis in differentialdiagnostischer Hinsicht nicht zu stark in den Vordergrund stellen. Das scheinbare reaktive Zustandsbild kann auch eine Exacerbation im Verlaufe einer schon lange schleichend sich entwickelnden Defektpsychose sein. Man darf nicht vergessen, daß heute unter dem allgemeinen Begriff Psychopathie keineswegs einheitliche Bilder zusammengefaßt werden. Diese bedürfen vielmehr noch sehr der Zerlegung in ätiologischer Hinsicht. Nicht jede Psychopathie ist sicher angeboren. Erkrankungen der Kindheit und im Fötalleben können ebenso ursächliche Momente darstellen. Auch zwischen bestimmten Psychosenformen und gewissen Formen der Psychopathie sind noch keine einwandfreien Beziehungen festgestellt. Schizothymie und Schizoid sind noch viel zu verschwommene Begriffe, um sie einer Einteilung zu Grunde zu legen. Bei weiter fortschreitender Erkenntnis werden sich wahrscheinlich viel häufiger als man bisher geahnt hat, scheinbare Psychopathien in die Residuärzustände früherer Defektprozesse verwandeln.

Wenn die angeborene Anlage für die Entstehung der Schwererziehbarkeit beim Kinde auch von ausschlaggebender Bedeutung ist, so kann nach *Kramer* (24) der ursprüngliche Anlagekomplex durch äußere Momente gesteigert oder modifiziert werden. Gerade bei einem besonderen Kindertyp, der wegen Bosheit, egoistischer Einstellung, brutaler Rücksichtslosigkeit, Mangel an Ekelgefühl, frühzeitiger sexu-

eller Betätigung ganz besonders als Grundtypus des durch die Anlage schon zu asozialem Verhalten disponierten und ethisch defekten veranlagten Kindes betrachtet wurde, fand *Kramer*, daß hier Vernachlässigung und lieblose Strenge gerade in den ersten Lebensjahren in hohem Maße mitgewirkt hatten. Milieuwechsel war hier von besonders günstigem Einfluß. *Kramer* hält es für notwendig, zu untersuchen, inwieweit man bei bestimmten Verhaltungsweisen der Kinder gleiche Milieuverhältnisse nachweisen kann. Weiterhin möchte er solche Kinder unter bessere Erziehungsverhältnisse bringen und dann festgestellt wissen, welche Charakterzüge bleibende sind und welche wieder schwinden. *Kramer* glaubt, daß man manches gerade bei abnormen Kindern erreichen wird, wenn man sie möglichst früh aus dem ungünstigen Milieu herausnimmt.

Meier (30) will Pädagogen und andere Erzieher auf die Wichtigkeit nervöser Störungen und ihrer Äußerungen im frühen Kindesalter hinweisen, damit sie rechtzeitig ärztlich beobachtet und behandelt werden. Wir brauchen modern eingerichtete psychiatrische Beobachtungsstationen, wo auch kleinste Kinder schon Aufnahme finden und ärztlich und pädagogisch beobachtet und behandelt werden können. – Aus der Arbeit *Sante de Sanctis* (43) sei folgendes hervorgehoben: Bei Kindern findet man nie die typische Melancholie; voll ausgeprägtes manisch-depressives Irresein gehört ebenfalls zu den Seltenheiten. Häufig sind einfache Depressions- und Erregungszustände, weiter symptomatische dysthymische Zustände auf epileptischer Basis, auf der Basis von Infektionskrankheiten und vor allen Dingen auf dem Boden der Phrenasthenie und Psychasthenie. Die Diagnose auf manischen Erregungszustand kann nur per exclusionem gestellt werden, denn nicht selten finden sich Excitationszustände auch bei Mißbrauch alkoholischer Getränke, bei kongenitaler Syphilis usw. Recht häufig findet sich die chronisch-konstitutionelle Dysthymie bei Kindern. Chronisch-hypothymische Kinder sind oft träumerisch, träge Einspänner; gerade unter ihnen finden sich auch kindliche Selbstmörder. Chronische Excitation erwächst oft auf dem Boden der Heredität. Besonderes Interesse verdienen gewisse Erregungszustände bei Mädchen in der Vorpubertät. Sie verfallen erfahrungsgemäß leicht der Prostitution. Die im Entwicklungsalter nicht selten manischen Zustände sind prognostisch besonders ungünstig. Aus Anlagemängeln sind auch Milieuschädlichkeiten von Bedeutung. Der erste Teil der Arbeit von *Tinel* (48) trägt die Überschrift Pseudo-neuropathischer Charakter gewisser encephalitischer Störungen. Verf. zählt hier eine Reihe von Störungen auf, die früher ohne weiteres als funktionell gedeutet worden wären: gewisse Fälle von Myoklonie, von Spasmen, von Schluckkrämpfen, von Zittern, von choreiformen Bewegungen, von Torticollis, Anfälle von Gähnen, Lachkrämpfe, anfallweises Bellen, rhythmische Zuckungen von Zunge und Kiefern, gewisse Tics, Drang umherzulaufen, manche Form des Stotterns, des Mutismus, der Echolalie usw.

Teil II schildert die psychopathischen Zustände im Verlaufe der Encephalitis lethargica. Verf. teilt hier folgendermaßen ein: a) Charakterveränderungen, besonders bei Kindern und Jugendlichen, sie sind selten präcursorisches Symptom, gewöhnlich Folgezustände. Die Kinder sind nervös, reizbar, mürrisch, widerspenstig, zu Neckereien aufgelegt, oft geradezu bösartig, undisziplinierbar. Nicht selten treten

diese Störungen in einer gewissen Periodizität auf. b) Stärker ausgesprochene psychische Störungen: Anfälle, in denen die Kranken sich wälzen, um sich stoßen, alles zerbrechen, triebhaft stehlen und weglaufen, auch hier oft eine gewisse Periodizität. Bisweilen erinnern diese Zustände an somnambule Zustände, meist aber ist das Bewußtsein erhalten. c) Hysterische Zustände: seltener: Große hysterische Anfälle. d) asthenische, neurasthenische, psychasthenische Zustandsbilder: erhöhte Impressionabilität und Emotivität, übertriebene Furchtsamkeit, Schlaflosigkeit, Phobien, Zwangsideen, Zweifelsucht, Übermüdbarkeit, hypochondrische Ideen. Alle Symptomenkomplexe sind sehr unbeständig, einerseits finden sich Übergänge zu Bildern, wie man sie bisweilen nach anderen Infektionskrankheiten findet, auf der andern Seite Übergänge nach echten Geisteskrankheiten. Wie die Hypertonie durch den Wegfall eines regulierenden Faktors zustande kommt, so sind wahrscheinlich auch die neuropathischen Erscheinungen auf den Wegfall eines dirigierenden, regulierenden und hemmenden Faktors zurückzuführen, der in das Mesencephalon zu verlegen ist. — *Popbal* (41) teilt vier Krankengeschichten mit Moral-insanity-Bildern nach exogenen Gehirnschädigungen mit. Bei dem ersten Fall entwickelten sich die Erscheinungen nach einem schweren Scharlach, beim zweiten und dritten nach Gehirnerschütterung, bei dem letzten nach Encephalitis. Nach dem Verf. können Hirnerschütterung und schwere Infektionskrankheiten besonders die Encephalitis epidemica namentlich bei männlichen Kindern und Jugendlichen einen Gemütsdefekt im Sinne der moral insanity erzeugen. — Ähnlich beschreibt *Gurewitsch* (20) zwei Fälle von typischen Charakterveränderungen nach Encephalitis, einen Fall, in dem die Erscheinungen bei einem 11-jährigen Knaben nach Infektion mit Lues auftraten, zwei Fälle, in denen solche Charakterveränderungen sich im Gefolge einer Fleckfieberinfektion entwickelten. In Übereinstimmung mit *Bonhoeffer* möchte Verf. annehmen, daß die Störung der sittlichen Gefühle als Ausdruck einer Gleichgewichtstörung zwischen Neencephalon und Palaeencephalon aufgefaßt und in die basalen Ganglien lokalisiert werden können. — Auf Grund der Tatsache, daß unter denen der Fürsorgeerziehung anheimfallenden außerordentlich viel abnorme Kinder und Jugendliche gefunden werden, verlangt *Lückerath* (28), daß bei Durchführung der Aufgaben, die aus dem Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt erwachsen, auch Psychiater in großem Umfang zur Mitarbeit herangezogen werden. Der deutsche Verein für Psychiatrie müßte versuchen, die Ministerien über die Bedeutung psychiatrischer Mitarbeit aufzuklären. In die Landes- und Jugendämter sind auch Psychiater zu berufen, damit der Zweck des Gesetzes, die Erziehung des deutschen Kindes zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit auch wirklich voll und ganz erreicht wird. — *v. Grabe* (17) untersucht die Schicksale 100 ehemaliger weiblicher Fürsorgezöglinge. 14 davon waren der Kontrolle anheimgefallen, 7 hatten strafbare Delikte begangen, 9 waren polizeilich verwarnt worden, die anderen, also ein ziemlich großer Prozentsatz hatten sich gut geführt. Soweit die Mädchen nach der Entlassung nicht sexueller Verwahrlosung anheimgefallen waren, waren sie auch sonst weiterhin sozial geblieben und *v. Grabe* glaubt, daß bei ihnen eine wenn auch verspätete Entwicklung der feineren psychischen Funktionen noch eingetreten war. Bei weiblichen Fürsorgezöglingen kommt es sehr bald nach erreichter

Volljährigkeit zu einer definitiven Entscheidung. Diejenigen, die sich nach der Entlassung längere Zeit gut führen, sind als voraussichtlich dauernd sozial anzusehen, während die übrigen sehr schnell verkommen. Bei den Straftaten der Prostituierten handelt es sich meist um Übertretung sittenpolizeilicher Vorschriften, seltener um Diebstahl, Widerstand, Hausfriedensbruch, Mißhandlungen u. ä. Verf. hat unter seinem Material auffallend viel Eheschließungen von Dirnen beobachtet. Die Ehen waren aber großenteils nicht von langer Dauer, entweder weil die Prostituierten selbst wenig zur Ehefrau taugten oder weil sie auch sehr häufig minderwertige Männer geheiratet hatten. Eine Reihe von Dirnen hatten sich aber doch in der Ehe durchaus gut gehalten.

---

5. Intoxikations-Psychosen.

Ref.: Schütte-Langenhagen.

1. *Abderhalden, E.*, Gegen den Trinkzwang und die Trinksitten. Mäßigkeits-Verlag des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus, Berlin-Dahlem. (S. 118*.)
2. *Aro, K.*, Über das finnländische Verbotsgesetz und dessen Wirkungen. Die Alkoholfrage. 19. Jahrg. 1923, H. 3/4, S. 125. (S. 120*.)
3. *v. Benedek, L.* u. *Porsche, Franz* (Debreczen), Über Psychosen nach Influenza. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 4, S. 187. (S. 125*.)
4. *Beringer, Kurt* (Heidelberg), Experimentelle Psychosen durch Mescalin. (Vortrag, gehalten auf der Südwestdeutschen Psychiaterversammlung in Erlangen, 1922.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 426. (S. 122*.)
5. *Berze, Josef* (Wien), Eigenartige Gesichtshalluzinationen in einem Falle von akuter Trinkerpsychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 487. (S. 121*.)
6. *Bondareff, N.* (Petersburg), Über Veränderungen des morphologischen Blutbestandes bei chronischen Säufern und Trinkern. Psych., Neurol. u. Psychol. Nr. 9, 1922, S. 165. (Russisch.)
7. *Bonhoeffer, K.* (Berlin), Unterernährungspsychosen vom Pellagratypus. D. med. Wschr. Nr. 23, S. 742. (S. 123*.)
8. *Bravetta, Eugenio* et *Juvenizzi, Giuseppe* (Milano et Pavia), Il Cocainismo. Osservazioni cliniche, ricerche sperimentali et anatomopatologiche. Note e riviste di psich. vol. 10, no. 3; vol. 11, no. 1.
9. *Ciarla, Ernesto* (Milano), Nuovi studi sulla natura delle malattie mentali finora ritenute criptogeniche, et in particulare Dimonstrationi dell' esistenza di psicosi dovute all tossi-infezione da bacillo di Koch. (Psicosi „protobacillari".) Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alienazioni mentali. Vol. 47, fasc. 1, p. 121.

10. *Csépal, K., Fornet* u. *Toth* (Budapest), Über die klinische Bedeutung der Adrenalinempfindlichkeit. Wiener Archiv f. innere Med. Bd. 6, H. 2, S. 383; vgl. auch *Csépal, K.*, desgl., Klin. Wschr. Nr. 47.
11. *Damaye, Henri*, Contribution à l'étude et au traitement du délire aigu et du delirium tremens. Progr. méd. ann. 49, no. 5, p. 57.
12. *Donath, Gyula* (Budapest), Der Alkoholismus seit dem Weltkriege und der Schutz vor demselben. Vortrag, Kongreß der ungarischen Irrenärzte, Oktober 1922. Gyogyaszat Nr. 14, S. 186.
13. *Dresel, E. G.* (Heidelberg), Über die biologischen und sozialen Folgen des Alkoholismus. Ztschr. f. d. ärztl.-soziale Versorgungswesen. Jahrg. 2, H. 9, S. 334.
14. *Flaig, J.* (Berlin), Bestimmungen zur Einschränkung der Alkoholschäden im Reichsnotgesetz. Referat. D. med. Wschr. Nr. 36, S. 1195. (S. 119*.)
15. *Flamberti, A. M.* (Brescia), La sindrome dipsomanica. Studio clinico e critico. Arch. di antropol. crim., psich. e med. leg. vol. 43, fasc. 3, p. 197.
16. *Gahn, H.*, Das schwedische System der Alkoholbeschränkung. Die Alkoholfrage. 19. Jahrg. 1923, H. 3/4, S. 116. (S. 120*.)
17. *Gaupp, R.* (Tübingen), Das Problem der Alkoholintoleranz. Internat. Ztschr. gegen den Alkoholismus. Jahrg. 31, Nr. 3, S. 111.
18. *Gerty, F. J.* (Chicago), Post-prohibition alcoholism. Chicago med. report. vol. 44, p. 441.
19. *Giljarowsky, W. A.*, Über psychische Veränderungen bei Flecktyphus und im Zusammenhang mit demselben. Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psych. Bd. 1, 1922, S. 135. (Russisch.)
20. *Gruber, Gg. B.* (Mainz), Über intravenösen Morphiummißbrauch. Münch. med. Wschr. Nr. 5, S. 147.
21. *Grünthal, E.* (München), Zur Kenntnis der Psychopathologie des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 2/3, S. 89. (S. 121*.)
22. *Guldmann*, Über spezifische Nachkrankheiten nach akuter Kohlenoxydgasvergiftung. Würzburger Abhandlungen Bd. 20, H. 6.
23. *Haupt, Johannes* (Waldfrieden-Fürstenwalde), Zur hypnotisch-suggestiven Behandlungsweise (Alkoholkranker). D. med. Wschr. Nr. 14, S. 442. (S. 121*.)
24. *Derselbe*, Die hypnotisch-suggestive Behandlung Alkoholkranker. Die Alkoholfrage. 1923, H. 1. (S. 122*.)
25. *Hilgermann* u. *Lossen*, Diagnostik der Infektionskrankheiten mittels bakteriologischer, zytologischer und chemischer Untersuchungsmethoden. Mit einem Anhang: Vaccinetherapie. Jena, G. Fischer. 499 S.
26. *Hirschberg, Nikolai* (Moskau), Über die Erkrankung des Nervensystems bei Flecktyphus. D. med. Wschr. Nr. 25, S. 816. (S. 124*.)
27. *Hoffmann, Hermann* u. *Wolfer, Leo.* (Köln), Beiträge zur Begründung

der Tuberkulose-Psychose: 1. Die Rolle der Tuberkulose in der Ätiologie der Dementia praecox. 2. Zur Diagnose der Tuberkulose-Psychose. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 600/601. (S. 125*.)

28. *Hoppe*, Erhöht der Alkohol die Leistungsfähigkeit des Menschen? Verlag „Auf der Wacht", Berlin-Dahlem 1923. (S. 118*.)
29. *Joel, Ernst* (Berlin), Kokainismus. Med. Klin. Nr. 24, S. 919.
30. *Körting, Alfred* (Hannover), Bekämpfung des Alkoholismus. Sitzungsbericht v. 21. III. 23. D. med. Wschr. Nr. 17, S. 565. (S. 120*.)
31. *Kraepelin, E.* (München), Die Wirkung der Alkoholknappheit während des Weltkrieges. Erfahrungen und Erwägungen. Gesammelt und herausgegeben von der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München. Berlin, J. Springer. 414 S.
32. *Derselbe*, Alkohol und Tagespresse. Berlin, J. Springer. 16 S.
33. *Derselbe*, Delirien, Halluzinose und Dauervergiftung. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 54, S. 43. (S. 120*.)
34. *Kraffczyk, H.* (Breslau), Beitrag zur Symptomatologie der Bleivergiftung. (Cerebellare Ataxie nach chron. Bleivergiftung.) D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 80, Nr. 3/4.
35. *Kritschewsky, J. L.* u. *Autonomow, W. J.* (Moskau), Die zerebrospinale Flüssigkeit und Flecktyphus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 1/3, S. 78. (S. 124*.)
36. *Kürbitz, W.* (Sonnenstein, Sa.), Die Behandlung der Trunkenen und Trunksüchtigen im Entwurf 1919 zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24 u. 37/38. (S. 119*.)
37. *Larsen, Erik J.* (Kopenhagen), Regulationsuntersuchungen bei chronischem Alkoholismus und seinen Folgezuständen. Hospitalstidende 1922, Nr. 28, S. 445.
38. *Lorenz* (Pastor in Jauer b. Liegnitz), Die Behandlung der Trunksucht in den Trinkerheilstätten. Alkoholfrage Nr. 2, S. 71.
39. *Marx, Norbert* (Berlin-Herzberge), Beiträge zur Pathologie des Cocainismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 5, S. 550. Bemerkungen hierzu von *Fritz Fränkel* (Buch) gleiche Ztschr. Bd. 85, H. 1/3, S. 61. Entgegnung hierauf von *Marx*, gleiche Ztschr. Bd. 87, H. 4/5, S. 616. (S. 122*.)
40. *Derselbe*, Intoxikationspsychosen durch Pilzvergiftung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, Nr. 5/6, S. 369. (S. 123*.)
41. *Meyer, E.* (Königsberg i. Pr.), Zunahme der durch Alkoholmißbrauch bedingten psychischen Störungen. Sitzungsbericht v. 15. I. 1923. D. med. Wschr. Nr. 8, S. 267. (S. 119*.)
42. *Derselbe*, Die Zunahme der Trunkenheit und Trunksucht. D. med. Wschr. Nr. 2, S. 60. (S. 119*.)
43. *Morawski, J.*, Psychische Störungen bei Recurrens. Polska gaz. lek. ann. 2, no. 87, p. 673.
44. *Morgenstern, Sophie* (Zürich), Beitrag zur Frage des Belladonnadelirs.

Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 231. (S. 122*.)

45. *Neutra, Wilh.* (Wien), Morphinismus und Erotismus. Lustenergetisch fundierte Suggestions- und Hypnosetherapie pathologischer Leidenschaften. Leipzig u. Wien, Fr. Denticke. 194 S.
46. *Oppe* (Gerichtsarzt in Dresden), Kokainschnupfer. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 1, S. 1.
47. *Ossipoff, V.*, Die Stellung der Dipsomanie in der Klassifikation der Psychosen. Wissenschaftl. Med. Nr. 9, 1922, S. 19. (Russisch.)
48. *Perelmann, A.* (Baku), Über Malariapsychosen. Psych., Neurol. u. exper. Psychol. 1923, H. 3, S. 50. (Russisch.)
49. *Petrén, Alfred*, Gesetzgebung über die Behandlung von Alkoholikern und augenblickliche Lage der Alkoholfürsorge. Svenska läkertidn. ann. 20, no. 24, p. 545.
50. *Prosorow, L.*, Geisteskrankheiten und Alkoholismus. Moskauer med. Ztschr. 1923, S. 64. (Russisch.)
51. *Rigall, Robert M.*, Homosexuality and alcoholism. Psychoanalys. rev. vol. 10, no. 2.
52. *Rittershaus* (Hamburg), Ein Fall von akuter Kokainvergiftung mit ungewöhnlichen Symptomen. Vortragsbericht (V. Nordd. Psych. u. Nervenärzte, Ges. der Neurol. u. Psychiater Groß-Hamburgs) Hamburg-Friedrichsberg, Juni 1923. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 34, H. 5, S. 382.
53. *Rosenfeld, M.* (Rostock), Über die Beziehungen zwischen Geistesstörungen und Infektionskrankheiten. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 415. (S. 123*.)
54. *Runge, W.* (Kiel), Augenbefunde bei Alkoholrausch. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 35, H. 5/6, S. 348.
55. *Seidelmann, W.* (Breslau), Ein besonders schwerer Fall von Botulismus. Med. Klin. Nr. 4, S. 113.
56. *Sollier, Paul* et *Manet, Daniel*, De l'épreuve de l'hémoclasie digestive chez les morphiomanes au cours de l'intoxication et de la désintoxication. Presse méd. ann. 31, no. 3, p. 28.
57. *Srobar, Vavro* (Warschau), Alkoholische Gesichter. Bratislav lek. listy ann. 2, no. 9, p. 405.
58. *Stiefler, Georg* (Linz), Striärer Symptomenkomplex als Spätfolge einer im Felde erlittenen Gasvergiftung; nebst Bemerkungen über die psychischen und nervösen Störungen nach Sprenggas- und Kampfgasvergiftungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 1/2, S. 142. (S. 123*.)
59. *Triumfoff, N.*, 1. Über Psychosen bei Fleckfieber. 2. Über psychische Alteration bei Fleckfieber. Wissenschaftl. Med. Nr. 9, S. 53; Psych., Neurol. u. exper. Psychol. Nr. 1, S. 73. (Russisch.)

60. *Ulbricht*, Abriß der Alkoholfrage in 14 Tafeln. Zugleich Erläuterungsheft für das Wandtafelwerk zur Alkoholfrage. 2. Aufl. Verlag „Auf der Wacht", Berlin 1923. (S. 118*.)
61. *Vervaeck, L.*, Quelques aspects médicaux et psychologiques de la Cocainomanie. Scalpel, ann. 76, no. 27—29, p. 741, 769, 806.
62. *Walther, F.* (Waldau-Bern), Über Grippepsychosen. Bern, Bircher. 160 S.
63. *Watson, Chalmers*, The rôle of autointoxication or autoinfection in mental diseases. Journ. of mental sciences vol. 69, no. 284, p. 52.
64. *Winokuroff, A.* u. *Gilgarowsky*, Über Psychosen nach und infolge von Fleckfieber. Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psych. 1922, Bd. 1, S. 153. (Russisch.)
65. *Wolfensberger, Max* (z. Z. Zürich), Der Alkoholwahnsinn (akute Halluzinose der Trinker) und seine Beziehungen zu den Schizophrenien. (An Hand der Kasuistik der Züricher Psychiatrischen Klinik 1918 bis 1921.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 385. (S. 121*.)
66. *Wuth, O.* (München), Über Morphinismus. I. Die Entstehung der Krankheitserscheinungen. Münch. med. Wschr. Nr. 41, S. 1266.
67. *Ziveri, A.*, Appunti sulle psicosi alcooliche nella Prov. Macerata, It. Cervello, ann. 2, no. 5, p. 307.

a) Alkoholismus.

Gegen den Trinkzwang und die Trinksitten wendet sich *Abderhalden* (1) in einer kleinen, an die Studenten und Studentinnen gerichteten Schrift. Er weist besonders auf die nahen Beziehungen des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten hin und fordert die Studierenden auf, den Trinkzwang zu brechen und ihre sittliche Reinheit zu bewahren.

Hoppe (28) richtet ein Mahnwort an alle Hand- und Geistesarbeiter, sich der geistigen Getränke zu enthalten. Er hat alle Schädigungen der verschiedenen alkoholhaltigen Getränke eingehend zusammengestellt und Erfahrungen aus allen Gebieten gesammelt. Auch die Untersuchungsergebnisse anderer Forscher werden angeführt.

Ulbricht (60) hat ein Wandtafelwerk zur Alkoholfrage herausgegeben und durch ein Erläuterungsheft mit verkleinerten Tafeln auch die Möglichkeit gegeben, die nötigen Vergrößerungen selbst anzufertigen. Die ersten beiden Tafeln zeigen die Erfahrungen einer großen Arbeiter-Krankenkasse in bezug auf Alkohol und Krankheit, Sterblichkeit und Unfälle. Zwei weitere Tafeln von Lebensversicherungen, die Trinker nicht aufnehmen, beleuchten das Verhältnis der Allgemeinheit der Versicherten zu den im Alkoholgewerbe Beschäftigten und die Sterblichkeit der Allgemeinheit zu der der Enthaltsamen. Weitere Bilder veranschaulichen die Beziehung des Alkohols zu Unfällen, zu der Nachkommenschaft und zu der geistigen Arbeit. Enthaltsamkeit erhöht die guten Leistungen und verringert die schlechten, während andererseits der Alkoholgenuß das Gegenteil bewirkt. Die nächsten

Tafeln stellen den Anteil der Trinker an Vergehen und Verbrechen dar. Es ergibt sich, daß die sogenannten Gelegenheitstrinker in besonders hohem Masse an den Affektverbrechen beteiligt sind. Die folgenden Tafeln sind der Schädlichkeit des Alkohols im wirtschaftlichen Leben gewidmet. Zum Schluß wird die Frage, ob geistige Getränke als Nahrungsmittel zu verwenden sind, besprochen und verneint.

Kürbitz (36) spricht über die Behandlung der Trunkenen und Trunksüchtigen im Entwurf 1919 zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Er empfiehlt als vorbeugende Maßnahmen Einschränkung der zu erteilenden Schankkonzessionen, Verbot der Abgabe alkoholhaltiger Getränke an Minderjährige, Angetrunkene und notorische Trinker. Auch durch aufklärende Merkblätter kann Gutes geschaffen werden. Wertvoll würde es ferner sein, Trinkschulden für nicht einklagbar zu erklären. Ein Wirtshausverbot, wie es im § 91 des Entwurfes für 1919 vorgesehen ist, wird im wesentlichen nutzlos bleiben, notwendig ist die im § 91–94 behandelte Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt. Allerdings genügt die festgesetzte Frist von 2 Jahren nicht immer, auch darf nicht die Landespolizeibehörde über die Entlassung verfügen, sondern der Richter nach vorhergegangener ärztlicher Begutachtung. Mit der Einrichtung einer Schutzaufsicht in leichteren Fällen erklärt der Verf. sich einverstanden. Die Möglichkeit von Sicherungsmaßnahmen, wie sie durch die Verwahrung gegeben sind, bedeuten einen großen Fortschritt, wenn auch erhebliche Bedenken dagegen bestehen, daß der Trinker bei vorläufiger Entlassung aus der Strafhaft nicht in der Heilstätte untergebracht und behandelt werden soll. Ebenso bedenklich ist die Bestimmung, daß bei bedingter Strafaussetzung der Anstaltsaufenthalt auf die Probezeit angerechnet werden soll.

Flaig (14) begrüßt die Bestimmungen zur Einschränkung der Alkoholschäden im Reichsnotgesetz vom 24. 2. 1923. Es führt die Bedürfnisfrage für die Erlaubnis zum Betrieb einer Gast- oder Schankwirtschaft oder des Branntweinkleinhandels allgemein ein und gibt auch die Möglichkeit, den Betrieb besser zu überwachen. Besonders wichtig sind die zum Schutze der Jugend getroffenen Bestimmungen. Die Räumlichkeiten können im Falle der behördlichen Betriebsschließung zu Wohn- oder gewerblichen Zwecken beschlagnahmt werden. Verf. hofft, daß das Schankreformgesetz bald weitere und eingreifendere Maßnahmen bringen wird.

Nach den Ausführungen von *E. Meyer* (42) zeigte das Jahr 1921/22 in der Königsberger Klinik eine erhebliche Zunahme der Alkoholisten. Unter 795 Männeraufnahmen waren 100 Alkoholisten, unter 503 Frauen 11, also 2,18%, welch letztere Zahl fast schon die des letzten Friedensjahres erreicht. Außer diesen Fällen von einwandfreiem, chronischem Alkoholismus kamen zur Aufnahme noch 33 Männer und 2 Frauen, bei denen der Alkohol ein wesentliches Moment für die Auswirkung des Grundleidens bildete; die oben angeführten Zahlen erhöhen sich also auf 16,73 bzw. 2,57% der Aufnahmen. Die jetzt bestehenden Maßnahmen genügen nicht zur Abhilfe, es müßte vielmehr die Herstellung von Getränken mit starkem Alkoholgehalt verboten und die Ausgabe alkoholischer Getränke überhaupt streng geregelt werden.

Auf Anregung *E. Meyers* (41) beschloß der Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg, an alle Landesbehörden das dringende Ersuchen zu richten,

durch sofortige gesetzliche Maßnahmen die Herstellung und den Ausschank alkoholischer Getränke nachdrücklichst einzuschränken. Die Eingabe weist darauf hin, daß der gelegentliche und gewohnheitsmäßige Alkoholgenuß in stärkstem Maße zunimmt und außer den Schädigungen der Gesundheit zur Zunahme von Vergehen und Verbrechen führt. Ferner werden dem Volke wichtige Nahrungsmittel entzogen.

Im Anschluß an diese Anregung tritt auch *Körting* (30) im ärztlichen Verein Hannover sehr für die Bekämpfung des Alkoholismus ein. Er weist darauf hin, daß die Schäden des Alkohols niemals durch Mäßigkeit, sondern nur durch Abstinenz beseitigt werden können.

Nach *Gahn* (16) wurden in Schweden im Jahre 1918 auf den Kopf 1,2 Liter Branntwein verbraucht, 1921 betrug diese Zahl 4,8 Liter, 1922 3,8 Liter. Wein und Bier spielen in Schweden nur eine untergeordnete Rolle. Um 1870 stand der Branntweinverbrauch noch auf 10 Litern.

Aro (2) führt aus, daß Finnland das einzige Land Europas ist, in dem ein Verbot gegen alle Stoffe, welche mehr als 2 Volumprozent Alkohol enthalten, besteht. Jeder, der an einem öffentlichen Orte in betrunkenem Zustande angetroffen wird, wird bestraft. Innerhalb einzelner Kreise z. B. der Studentenkorporationen hat aber die Trunkenheit zugenommen. Überhaupt sind die Ansichten über den Erfolg des Gesetzes noch sehr geteilt, die Menge des von den Zollbehörden beschlagnahmten Alkohol ist sehr gestiegen.

Kraepelin (33) behandelt das Thema „Delirien, Halluzinose und Dauervergiftung". Er hebt hervor, daß die deliriösen Erkrankungen bei Dauervergiftungen und die Halluzinosen seiner Ansicht nach als wesensgleicher Ausdruck desselben Krankheitsvorgangs betrachtet werden müssen. Zunächst gibt Verf. eine Übersicht über die Symptome und den Verlauf der Dauervergiftungen durch Kokain, Morphium, Benzingase, Schwefelkohlenstoff, Chloroform, Adalin, Veronal, Chloralhydrat, Paraldehyd, Hyoscin u. a. Auch bei Urämie treten hie und da Zustandsbilder auf, die lebhaft an Trinkerdelirien erinnern. Früher sind auch bei Blattern eigentümliche halluzinatorische Erkrankungen beobachtet worden. Eine gewisse allgemeine Verwandtschaft der auftretenden Krankheitsbilder ist unverkennbar, doch besteht ein Unterschied zwischen den deliriösen und halluzinoseartigen Formen, die allerdings zahlreiche Übergänge zeigen. Die Fälle, in denen es sich nur um ein einziges Gift handelt, sind selten, die meisten „reinen" Beobachtungen finden sich beim Alkoholismus. Zusammenfassend hebt Verf. hervor, daß durch eine Reihe von Dauervergiftungen auf „metatoxischem" Wege übereinstimmende Krankheitsbilder ausgelöst werden, vielfach mit Unterstützung eines Alkoholmißbrauches. Von einer wirklichen Gleichheit der die einzelnen Vergiftungen begleitenden Störungen kann keine Rede sein. Dauernde, unheilbare Halluzinosen werden anscheinend nur durch den Alkohol verursacht. Bei dem gleichen Gifte knüpft sich das Delirium das eine Mal an eine Entziehung, das andere Mal an eine stärkere Giftzufuhr. Bei Kokain, Schwefelkohlenstoff, Benzin und Chloroform sind Entziehungsdelirien bisher nicht beobachtet. Da Entziehungsdelirien für mittelbare Giftwirkungen, sprechen so würden wir es vor allem beim Veronal, aber auch bei Adalin, Paraldehyd, Chloral-

hydrat und beim Alkohol mit metatoxischen Vorgängen zu tun haben, während beim Kokain und Schwefelkohlenstoff Anhaltspunkte dafür bisher fehlen.

Über den Alkoholwahnsinn (akute Halluzinose der Trinker) und seine Beziehungen zu den Schizophrenien hat *Wolfensberger* (65) an 16 Fällen Beobachtungen angestellt, von denen 4 dem männlichen, 2 dem weiblichen Geschlechte angehörten. Das Durchschnittsalter betrug 42,3 Jahre. In $^3/_4$ der Fälle fand sich hereditäre Belastung, und zwar 9 mal schwerer Alkoholismus, 6 mal Geisteskrankheit, 2 mal eine Kombination beider Faktoren. In der Hälfte der Fälle gingen dem Anfall Vorboten voraus in Form von allgemeinem Unwohlsein, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit und Angst, einmal auch ein Depressionszustand. Zwei Drittel der Erkrankungen setzten akut sein. Der Affekt war meist ängstlich. 10 Kranke, die Anfälle von Alkoholwahnsinn durchmachten, davon 8 Männer und 2 Frauen, erkrankten später an ausgesprochener Schizophrenie, meist mit schwerer Verblödung. Bei zwei männlichen Kranken bestand nachher ein psychopathischer Zustand mit schizophren paranoiden Symptomen, bei einem weiteren war wahrscheinlich dasselbe der Fall.

Berze (5) beschreibt einen Fall von eigenartigen Gesichtshalluzinationen bei einem Trinker. Die Krankheit begann plötzlich mit lebhaften Gehörstäuschungen, später auch Gesichtstäuschungen und steigender Angst. Bald traten auch Störungen des Bewußtseins auf, traumhafter Zustand, massenhafte kombinierte akustisch-optische Halluzinationen, Verfolgungs- und Größenideen sowie eine charakteristische Mißstimmung zwischen Angst und Humor. Nach vorübergehender leichter Besserung verfiel der Pat. wieder ganz in den deliranten Zustand; später kehrten Orientierung und Besonnenheit zurück, es blieben aber noch Angst und Gesichtshalluzinationen, die nach 9 wöchiger Krankheitsdauer mit einem Schlage aufhörten.

Grünthal (21) hat einen Kranken mit Korsakowschem Symptomenkomplex nach einem Schädeltrauma eingehend untersucht. Es handelte sich um den mittelschweren Fall einer akuten Kommotionspsychose. Besonders gestört waren Denktätigkeit und Merkfähigkeit. Verf. konnte die von *Pick* festgestellte Tatsache des Nebeneinanderstehens ganz unvereinbarer Gedanken und des Fehlens der Korrektur dafür bestätigen. Ferner gelang der Nachweis der mangelhaften Beziehung der Gedanken untereinander und zur Gesamterfahrung des Kranken und der daraus folgenden einseitigen Bestimmbarkeit des Denkverlaufs durch eine beherrschende Vorstellung, die meist an Erlebnisse aus gesunder Zeit anknüpfte. Der wie eine Merkstörung aussehende teilweise Verlust von Vorstellungsmaterial erwies sich als ein auf Beziehungsarmut beruhender Einstellungsmangel, der durch hinweisende Fragen oder Bemerkungen aufhebbar war. Diese Entstehungsweise kommt nach klinischen und experimentellen Ergebnissen sehr wahrscheinlich auch für einen Teil der Merkstörungen bei schwereren Fällen von Korsakowschen Syndrom in Betracht.

Haupt (23) berichtet über seine Erfahrungen mit der hypnotisch-suggestiven Behandlung Alkoholkranker. Bei 15 Trinkern, die in tiefe Hypnose versetzt werden konnten, wurde diese Behandlung mehrere Monate hindurch dreimal wöchentlich fortgesetzt. Das Ergebnis war 4 Enthaltsame und 11 Rückfällige. Nähere Nachrichten waren von den Kranken und ihren Angehörigen nur sehr schwer zu erhalten. Verf. hält es für wichtig, den Hypnotischen den Alkohol möglichst zu verekeln,

etwa durch die Suggestion eines widerlichen Geschmacks, der bei jedem Alkoholgenuß auftreten werde. Es ist ferner dringend zu empfehlen, auch nach Beendigung der Behandlung von Zeit zu Zeit wieder eine Hypnose mit antialkoholischen Suggestionen machen zu lassen. Bei Dipsomanen erscheint ein Erfolg der hypnotisch-suggestiven Behandlung höchst zweifelhaft. Überhaupt soll man sich vor übertriebenen Hoffnungen hüten.

Außerdem gibt *Haupt* (24) einige Verhaltungsmaßregeln für die hypnotisch-suggestive Behandlungsweise, die er bei Alkoholkranken in der Heilstätte Waldfrieden ausübt. Er hält es für richtig, eine Hand an den Nacken des Pat., die andere auf die Stirn zu legen, auf diese Weise erreicht er eine schnellere Hypnose, Ferner fand er eine Verbesserung in der suggestiven „Desorientierung" und in der Ermittlung eines geeigneten Tones (Befehls- oder Predigttones) bei Erteilung der Heilsuggestionen.

b) Morphium und andere Narkotica.

Marx (39) bringt die Krankengeschichte eines Schnupfkokainomanen, der durch einen Pharmazeuten zum Genuß des Mittels verführt war. Der Pat. bekam Angstzustände, lebhafte Halluzinationen und veränderte sich geschlechtlich nach der homosexuellen Seite. Es kommen also die Halluzinationen nicht nur beim Spritzen, sondern auch beim Schnupfen vor. Sie sind auf die Hyperästhesie der Sinnesorgane, das Insuffizienzgefühl und die Lockerung des Hemmungsmechanismus zurückzuführen.

Morgenstern (44) liefert einen Beitrag zur Frage des Belladonnadelirs in 2 Fällen. Beide Male handelte es sich um Psychopathen mit schizophrenen Charaktereigenschaften, die in selbstmörderischer Absicht etwa 40—50 Beeren des Atropastrauches gegessen hatten. Im ersten Falle erinnerte das Krankheitsbild sehr an einen pathologischen Rausch, im zweiten trat mehr das Bild eines Intoxikationsdeliriums auf. Als charakteristisch für die Belladonnavergiftung sind die Gesichts-, Tast- und Körperhalluzinationen sowie die katatonieforme Kopfhaltung anzusehen. Dazu kommt die Wirkung auf die Gedächtnisfunktion, die sich in beträchtlichem Maße bemerkbar macht.

Nach Genuß des Alkaloids Mescalin stellten sich, wie *Beringer* (4) beschreibt, zuerst im ersten Stadium der Vergiftung hauptsächlich Trugwahrnehmungen ein. Die Versuchspersonen sahen in farbiger und wechselnder Gestalt architektonische Gebilde, Zwerge, Menschen, Landschaften und Fabelwesen. Dann wurden auch die übrigen Sinnesgebiete ergriffen, am wenigstens das Gehör. Weiterhin gerät die Person in einen fremdartigen, noch nie erlebten Zustand, der bei der gleichzeitigen Betroffenheit der verschiedensten Erlebnisqualitäten und dem steten Wechsel ihrer Beziehungen untereinander, nur schwer zu zergliedern ist. Der Vergleich mit einer Psychose ist hier gerechtfertigt. Nach etwa 5—7 Stunden haben die Erscheinungen langsam ein Ende gefunden, ohne daß schädigende Einwirkungen zurückbleiben. Zwei Selbstschilderungen, die von Ärzten stammen, veranschaulichen das Gesagte.

c) Andere Gifte. Ernährungsstörungen.

Marx (40) beschreibt eine Intoxikationspsychose durch Pilzvergiftung. Es handelt sich um einen allerdings vorher schon nicht normalen Mann, der Pilze aus der Familie Agaricus gegessen hatte. Er war völlig verwirrt, hatte zahlreiche Sinnestäuschungen. Nach einer Stunde schon waren Zuckungen an den Händen, Schwindel und Erinnerungslosigkeit eingetreten. Der Zustand dauerte mehrere Tage an.

Stiefler (58) beschreibt einen striären Symptomenkomplex als Spätfolge einer im Felde erlittenen Gasvergiftung bei einem 27 jährigen Manne. Dieser war erblich nicht belastet, bis zum Tage der Granatexplosion gesund. Bald nach der Vergiftung erkrankte er an Husten und Ikterus, 14 Tage später traten die ersten striären Symptome auf, die allmählich an Intensität zunahmen. Die Harnuntersuchung ergab eine deutlich positive Urobilin- und Urobilinogenreaktion, die als klinischer Ausdruck einer gestörten Leberfunktion aufzufassen sind. Der Nachweis des Ikterus zu Beginn der Erkrankung berechtigt im Verein mit diesem Befunde in diesem Falle einen Zusammenhang zwischen Lebererkrankung und Linsenkernschädigung anzunehmen, wobei die gestörte Leberfunktion das Primäre sein dürfte.

Bonhoeffer (7) behandelt die Unterernährungspsychosen von Pellagratypus. Er bringt zunächst 6 Fälle, die in körperlicher Beziehung durch einen außerordentlich schlechten Ernährungszustand charakterisiert waren, bei 4 waren starke menstruelle Blutungen vorhergegangen, einer hatte sich im Anschluß an eine Geburt entwickelt. Die Hauterscheinungen hatten die für Pellagra charakteristische Lokalisation, sie traten an den unbedeckten Körperstellen, am Handgelenk, Fingern und Gesicht auf; das Exanthem war braun, borkig, schuppend, scharf abgegrenzt. Die psychischen Bilder zeigten auf der Höhe der Erkrankung ausgesprochen exogenen Reaktionstypus ohne besonders charakteristische Erscheinungen, vielleicht waren ängstlich-depressive Vorstellungsreihen besonders häufig. Im Beginn war ein schweres Krankheitsgefühl vorhanden, eine Reihe von Symptomen wies auf die begleitenden organischen spinalen und zerebralen Erscheinungen hin. Bei diesen Fällen war kaum ein Zweifel vorhanden, daß somatische Erkrankung und psychisches Krankheitsbild einem einheitlichen zugehörten, in weiteren 4 Fällen ist Verf. geneigt, den pellagrösen Symptomenkomplex als etwas Sekundäres, die psychische Gestaltung des schizophrenen Prozesses nur Modifizierendes anzusehen. Was die ätiologische Beurteilung der Erkrankungen anbetrifft, so war von Maisnahrung nichts bekannt, doch war die Ernährung der Kranken im allgemeinen monoton und quantitativ unzulänglich. Pathologisch-anatomisch fand sich braune Atrophie der inneren Organe, vor allem des Herzens und der Leber, häufig Hämosiderose. Im Darm finden sich hämorrhagische, katarrhalische und ulzeröse Affektionen, besonders aber die Colitis cystica. Als frühestes Auftreten der Hautaffektion war der Februar, als spätestes der Oktober zu verzeichnen, also auch darin im wesentlichen Übereinstimmung mit der typischen Pellagra.

d) Infektionskrankheiten.

Rosenfeld (53) bespricht die Beziehungen zwischen Geistesstörungen und Infektionskrankheiten. Gelegentlich einer kleinen Typhusepidemie in Gehlsheim

konnte er beobachten, daß in allen Fällen von autochthonen oder reaktiven Affektstörungen ein gewisses Nachlassen der depressiven Erregung oder der Hemmungszustände stattfand. Besonders in zwei etwas atypischen Fällen von manischer Erregung war der Einfluß des Typhus auf diePsychose unbestreitbar. Schwere Epilepsie und Schizophrenien katatonen Gepräges bleiben unbeeinflußt, nur in einem Falle von Wochenbettskatatonie war eine geringe Besserung zu sehen. In zahlreichen Beobachtungen von Ruhr und grippeartigen Erkrankungen war keine Besserung festzustellen. Andererseits war in einem Falle von Schizophrenie ein Schwinden der Erscheinungen sofort eingetreten, als eine schwere Bronchopneumonie einsetzte, doch starb der Kranke nach 6 Tagen. Ein manisch erregtes junges Mädchen wurde von einem schweren Erythema multiforme kaum beeinflußt, ebensowenig eine alte schizophrene Kranke durch das Auftreten einer Malariaerkrankung. Auch die Malaria-Fieberbehandlung der progressiven Paralyse hat dem Verf. bisher noch keine erheblichen Erfolge gebracht. So ist die Zahl der zuverlässigen Beobachtungen über eine günstige Wirkung der Infektionskrankheiten auf Geistesstörungen gering, doch gibt es immerhin Fälle, die auch bei größter Skepsis eine solche therapeutische Beeinflussung erkennen lassen.

Hirschberg (26) beschreibt die Komplikationen und Erscheinungen von seiten des Nervensystems im Verlaufe oder im Gefolge des Fleckfiebers. Bei den peripheren Nerven stehen Reizerscheinungen im Vordergrunde, am häufigsten ist die Trigeminusneuralgie. Aber auch vollständige Lähmung mit degenerativer Muskelatrophie ist keine Seltenheit, hier kommt am meisten die Neuritis des N. ulnaris und an zweiter Stelle des N. thoracicus long. vor. An den unteren Extremitäten ist die Erkrankung weitaus seltener als an den oberen. In 15 Fällen wurde Neuritis nervi optici und in 6 Fällen Stauungspapille beobachtet; die Prognose hat sich bisher stets als günstig erwiesen. Auch Neuritis des Oculomotorius, Lähmung des Trigeminus und des Facialis kommen vor. Rückenmarkserkrankungen nach Flecktyphus kamen nicht vor, dagegen waren erhebliche Verschlimmerungen bereits bestehender Krankheiten nicht selten. Bulbärsymptome treten häufig in Erscheinung ebenso cerebrale Herderscheinungen wie Hemiplegie durch Hirnblutung, thrombotische Prozesse, Hirnoedem und seltener durch eine Encephalitis haemorrhagica non purulenta. Eine Reihe von Symptomen ist auch auf eine seröse Meningitis zurückzuführen. Dazu kommen noch Chorea, Epilepsie und Psychoneurosen.

Kritschewsky und *Autonomov* (35) untersuchten 31 Spinalflüssigkeiten, die an verschiedenen Tagen der Fleckfiebererkrankung entnommen waren. Die Nonne-Apeltsche Reaktion war 29 mal positiv und nur zweimal negativ. Pleocytose wurde 11 mal gefunden. Weil-Kafka's Reaktion war 6 mal positiv. Die Verf. bezeichnen den Prozeß in den Hirnhäuten bei Fleckfieber als Meningitis serosa. Außer-Lymphozyten aller Formen, einzelnen Neutrophilen und einigen Erythrozyten zeigten sich im Liquor auch Makrophagen und Gitterzellen. Im bakteriologischen Sinne waren alle Flüssigkeiten ausnahmslos steril, doch wurden in vier Fällen in der Zerebrospinalflüssigkeit Protozoen entdeckt, welche als wahrscheinliche Flecktyphuserreger angesehen werden konnten. Die Wassermannsche Reaktion im Blute und Liquor war regelmäßig negativ.

Über Psychosen nach Influenza berichten *Benedek* und *Porsche* (3) und bringen Fälle von fieberhaftem und infektiösem Delirium, epileptiformen Erregungszuständen und Psychosen mit schizophrenen Symptomen. Die Verf. betonen, daß im Gesamtbilde des nach Influenza auftretenden Infektionsdeliriums katatone Symptome erscheinen können. Auch kann man von einer hauptsächlich katatonen Form der sich entwickelnden Amentia reden. Es werden ferner Fälle beobachtet, welche über ein Kollaps-Delirium zu einem Zustande führen, der in Ermangelung von exogenen Zügen Grundsymptome der schizophrenen Demenz enthält. Endlich kommen auch typische Fälle von Dementia praecox nach Influenza vor.

Wolfer (27) schreibt der Tuberkulose in der Ätiologie der Dementia praecox eine große Rolle zu. Er ist der Anschauung, daß es sich bei dieser Krankheit um eine weitgehende Belastung des innersekretorischen Apparates mit Tuberkulosetoxinen von der Aszendenz her handelt. Durch interkurrente Infektionskrankheiten oder einen verborgenen Tuberkuloseherd, ferner aber auch durch das Hinzutreten der Geschlechtsdrüsenhormone oder eines exogenen Giftes kommt es zur Psychose und auch zur klinisch und anatomisch nachweisbaren Tuberkulose.

Im Anschluß an diese Ausführungen bespricht *Hoffmann* (27) die Diagnose der Tuberkulosepsychose. Er weist auf eine Reihe von Frühsymptomen der Lungentuberkulose hin wie Blutarmut, nervöser Habitus, Haarausfall, Pupillenungleichheit, Pupillenerweiterung, Ohrerkrankungen, defekte Zähne, Kropf, Interkostalneuralgie und Gürtelrose. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist oft erhöht, die Schweißabsonderung vermehrt. Dazu kommen Dermographie, Absterben der Finger und ichthyosisähnliche Veränderungen. Schließlich sind oft noch Symptome seitens des Herzens und des Magens vorhanden. Daß eine Krankheit wie die Tuberkulose auch die endokrine Harmonie empfindlich stört, ist nicht weiter zu verwundern.

---

6. Funktionelle Psychosen.

Ref.: O. Snell, Lüneburg.

1. *Abraham*, (Berlin), Neue Untersuchungen zur Psychologie der manisch depressiven Zustände. Vortrag (7. Psychoanalytischer Kongreß, Berlin, Sept. 1922). Vgl. Bericht *Levi-Bianchini*, Archivio generale di neuroglia, psich. e psico-analisi Vol. 3, fasc. 3, p. 76.
2. *Alford, L. B.*, Dementia praecox as a type of progressive degeneration. Journ. of neur. and mental dis. Vol. 58, Nr. 2, p. 134.
3. *Ansalone, Gerardo*, Contributo alla istologia patologica della demenza precoce. Cervello, Jg. 2, p. 361.
4. *Armstrong-Jones, R.*, Puerperal insanity. Lancet, vol. 204, Nr. 25.
5. *Aronowitsch, G.* (Petersburg), Über den Verlauf kataleptoider Erschei-

nungen bei Katatonie im Schlafe. Psych., Neurol. u. exp. Psychol. 1922, Nr. 2, S. 243.

6. *Benon, R.*, Mélancolie et manie. Rev. neurol. Ann. 30, Nr. 1, S. 46. (S. 138*).
7. *Benon, R.*, Blessure de guerre. Hypomanie. Psychose maniaco-asthénique. Ann. de méd. lég. v. 3, p. 501.
8. *Benon, R.*, Délire rémittant et démence précoce. Journ. des practiciens. Ann. 37, Nr. 30, p. 485.
9. *Berger, H.* (Jena), Was muß der praktische Arzt von der Dementia praecox wissen? Med. Klin. Nr. 4, S. 101.
10. *Bonkati, Cesare* (Como), Sulla functionalità spastica e renale nelle forme depressive. Giornale di psich. clin. et tecn. manic. Ann. 50, fasc. ½, p. 27.
11. *Bunejeff, A.*, (Moskau) Über schizoide Neurotiker. Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 2, S. 198 (Russisch).
12. *Buscaino, V. M.* (Florenz), Ammine tossiche presenti, in circolo, in dementi precoci, mancanti in maniaci e in melancolici. Rass. di studi psichiatr. vol. 12, p. 245.
13. *Bychowski, Gustav*, Metaphysik und Schizophrenie. H. 21 der Abhandlungen aus der Neurologie etc., herausgegeben von Bonhoeffer, Berlin, S. Karger. 160 S. (S. 133*.)
14. *Carrol, R. S.*, Aseptic meningitis in combating the dementia precox problem. New York med. journ. a. med. record v. 118, p. 407.
15. *Claude, Henry, Ch. Trepsat* et *Badonnel*, Troubles cérébelleux dans la mélancolie. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôpit. de Paris. v. 39, p. 1360.
16. *Claude, H., A. Borel* et *Gilbert Robin*, Considérations sur la constitution schizoide et la constitution paranoïaque. Genèse des idées délirantes. Encéphale v. 18, p. 481.
17. *Courbon, Paul*, De la dualité étiologique de la manie et de la mélancolie. Contribution à l'étude des maladies des rhythme et de l'équilibre. Encephale ann. 18, no. 1, p. 27. (S. 137*).
18. *Damaye, Henri*, Mélancolie dépressive avec asthénie et mélanodermie. Adénome et tuberculose des surrénales. Encéphale no. 2, p. 111. (S. 137*.)
19. *Damaye, H.* et *Anna Pélawsky*, Le traitement antiinfectieux dans les psychoses aiguës fébriles. Encéphale no. 6, p. 378.
20. *Dawson, W. S.*, A study of the endocrine-autonomic disorders of dementia praecox. Journ. of mental science. Vol. 69, no. 285, p. 182. (S. 133*.)
21. *Detenhoff, Th.* (Moskau), Über die schizoide Konstitution. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 55, H. 3/4, S. 229.
22. *Ditten*, Dementia praecox und Dienstbeschädigung. Ztschr. f. ärztl.-soz. Versorgungswesen, Jg. 3, S. 303.

23. *v. Domarus, E.* (Berlin-Herzberge), Praelogisches Denken in der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1/2, S. 8.

24. *Ewald, G.* (Erlangen), Die biologischen Grundlagen von Temperament und Charakter und ihre Bedeutung für die Abgrenzung des manisch-melancholischen Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 384.

25. *Fleck* (München), Über Cocainwirkung bei Stuporösen. Sitzungsbericht v. Juli 1923: München. med. Wochenschr. Nr. 47, S. 1424.

26. *Focher, Ladislaus* (Budapest), Experimentelle und klinische Studie zur Pathologie der funktionellen Gedächtnisfehler. Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923): Centralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 503.

27. *Foersterling, W.* (Landsberg a. Warthe), Über die paranoiden Reaktionen in der Haft. Berlin, S. Karger, 106 S.

28. *Gauni, George A.* (Worcester), Involutional paranoia. A study of 50 cases at the Worcester State Hospital. Journ. of nerv. and mental dis. Vol. 57, no. 6, p. 556.

29. *Geier, T.*, Zur Paranoialehre. Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psych. 1922. Bd. 1, S. 208. (Russisch.)

30. *Geller, Fr. Chr.*, Über die Eierstocksfunktion bei Dementia praecox auf Grund anatomischer Untersuchungen. Arch. f. Gynäkol. Bd. 120, S. 237 u. 261. (S. 137*).

31. *Gerty, F. I.* and *G. W. Hall*, Folie à trois. Arch. of neurol. a. psychiatry v. 10, p. 436.

32. *Gibbs, Charles E.*, (Wards Island, NY.), Sex development and behavior in male patients with dementia praecox. Arch. of neurol. and psych. Vol. 9, no. 1, p. 73. (S. 137*.)

33. *Gibbs, Charles E.* (Wards Island, NY.), Relation of puberty to behavior and personality in patients with dementia praecox. American journ. of psych. vol. 3, no. 1, p. 121.

34. *Gibbs, Ch. E.* und *Dorothea Lemcke*, Study in basal metabolism in dementia praecox and manic-depressive psychoses. Arch. of internat. med. vol. 31, p. 102. (S. 138*.)

35. *Glaus, A.* u. *Zutt, J.* (Zürich), Beitrag zur Frage der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskranken, insbesondere bei den Schizophrenien. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 66.

36. *Gruhle, Hans W.* (Heidelberg), Die ursprüngliche Persönlichkeit schizophren Erkrankter. Vortragsbericht (V. D. Psych., Jena, Sept. 1923): Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 3/4, S. 260.

37. *Hartmann* u. *Schilder* (Wien), Zur Klinik der Amentia. Vortragsbericht (V. D. Psychiater, Jena, Sept. 1923): Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 5/6, S. 356.

38. *Henneberg, R.* (Berlin). Psychiatrische Ratschläge für Praktiker: III. Dementia praecox. D. med. Wochenschr. Nr. 2, 5S. 58.
39. *Hesnard, A.* et *R. Laforgue*, Contribution à la psychologie des états dits schizophréniques. Encéphale Jg. 19, S. 45.
40. *Heveroch, Anton* (Prag), Amentia, Čas. česk. lék. ann. 62, no. 36—44. (Tschechisch.)
41. *Hoffmann, Hermann* (Tübingen), Schizothym-Cyclothym. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleulerfestschrift), S. 93.
42. *Horn, Paul* (Bonn), Dementia praecox und Unfall. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Jg. 29, Nr. 13, S. 145. (S. 133*.)
43. *Jacobi, Walter* (Jena), Über die Bedeutung des psychischen Traumas für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 5/6, S. 351.
44. *Jacobi, Walter* (Jena), Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei Schizophrenen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 23/24, S. 203.
45. *Josephi, Hermann* (Hamburg), Beiträge zur Histopathologie der Dementia praecox. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 4/5, S. 391. (S. 135*.)
46. *Kahn, Eugen* (München), Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. Beitrag zu den erblichen Beziehungen der Schizophrenie und des Schizoids mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft schizophrener Ehepaare. Studien über Vererbung und Entstehung geistiger Störungen, herausg. v. E. Rüdin. Berlin. Julius Springer. 144 S. (S. 133*.)
47. *Klarfeld, B.* (Leipzig), Die pathologische Anatomie der Dementia praecox. Klin. Wochenschr. Nr. 50, S. 2269. (S. 135*.)
48. *Kleist, K.* (Frankfurt a. M.), Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Erkrankungen (Heredodegenerationen). Vorläufige Mitteilg. Klin. Wochenschr. Nr. 21, S. 962. (S. 132*.)
49. *Klieneberger, Otto* (Königsberg i. Pr.), Atypische periodische Psychosen. (Aus der psychiatr. Klinik d. U. Königsberg.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 5/6, S. 374.
50. *Kryspin-Exner, Wichart* (Stenjevec b. Zagreb), Beitrag zur Symptomatologie der Psychosen in den sogenannten Umbildungsjahren. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkr. Bd. 69, S. 396.
51. *Kure, S.* and *M. Shimoda* (Tokio), On the brain of dementia praecox. Journ. of nerv. and ment. dis. v. 58, p. 338. (S. 136*.)
52. *Ladame, Ch.* (Rosegg-Solothurn), Betrachtungen über den Schlaf eines zirkulären Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 148.
53. *Laignel-Lavastine, M.*, Sympathique et psychoses periodiques, Progrès méd. Ann. 50, no. 5.
54. *Lange, Johannes* (München), Katatonische Erscheinungen im Rahmen

manischer Erkrankungen. Monographie a. d. Geb. d. Neurol. u. Psych. H. 31. Berlin, J. Springer. 169 S.
5. *Liebers* (Dösen b. Leipzig), Über das Schizophrenieproblem. Kritisches Sammelreferat. D. med. Wschr. Nr. 35 u. 36.
6. *Liepmann, Wilh.* (Berlin), Die eingebildete Schwangerschaft. Ein Paradigma für moderne psychogenetische Anschauungen in der Gynäkologie. Med. Klin. Nr. 32, S. 1107.
7. *Loewenthal, S.* (Braunschweig), Die Erkennung und Behandlung der Depressionszustände. Med. Klin. Nr. 31, S. 1073.
8. *Löwy, M.* (Marienbad-Prag), Dementia praecox. Abh. a. d. Neurol., Psych., Psychol. und ihren Grenzgebieten. H. 20.
9. *Löwy, Max* (Marienbad-Prag), Vergleichende Betrachtungen einiger Fälle erotischer Wahnbildung (Gouvernantenwahn, sexuelle Eigenbeziehung, Paraphrenie). Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 4, S. 207.
50. *van Loon, F. H.*, Akute Verwirrungszustände in Niederl.-Indien. Geneesk. tijdschr. v. Nederland-Indie Bd. 62, H. 5, S. 658.
51. *Lowrey, Lawson G.*, Variations in the diagnosis of dementia precox and manic depressive psychosis. Journ. of nerv. and ment. dis. 58, p. 33. (S. 137*.)
62. *Lundholm, Helge* (Waverley, Mass.), Reaction time as an indicator of emotional disturbances in manic-depressive psychoses. Journ. of abnorm. psychol. and social psychol. vol. 17, p. 292.
63. *Main, Daniel C.* (Washington, D. C.), Catatonic dementia praecox; physiotherapeutics and results obtained in series of 20 cases. American journ. of psych. vol. 2, no. 3, p. 473. (S. 137 *.)
64. *Mallet, Raymond*, Angoisse et obsession. Presse méd. no. 40, p. 451.
65. *Mauz, Friedrich* (Tübingen), Über Schizophrenie mit pyknischem Körperbau. Ein Beitrag zur klinischen Diagnostik und Prognostik. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, H. 1/2, S. 96. (S. 133*.)
66. *Mayer-Groß, W.*, Zur Frage der Demenz schizophrener Endzustände. Vortragsbericht (D. V. f. Psych. Jena, Sept. 1923): Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 1/2, S. 151.
67. *Medow, W.* (Rostock-Gehlsheim), Bewußtseinstrübungen bei Dementia praecox. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 4, S. 373. (S. 133*.)
68. *Merland, A.* et *P. Florentin*, Lésions des glandes endocrines dans un cas de démence précoce. Comptes rend. des séances de la soc. de biol. vol. 89, p. 333.
69. *Dieselben*, Lésion de l'écorce cérébrale et des ganglions sympathiques dans un cas de démence précoce. Comptes rend. des séances de la soc. de biol. vol. 89, p. 1228.
70. *Minkowski, E.* (Paris), Étude psychologique et analyse phénoménologique d'un cas de mélancolie schizophrénique. Journal de psychol. norm. et pathol. vol. 20, p. 543.

71. *Minkowski, Eugen* (Paris), Bleulers Schizoidie und Syntonie und das Zeiterlebnis. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 212.
72. *Mondio, Enrico*, Sulla demenza precocissima. Ann. di neurol. vol. 40, p. 50.
73. *Morse, M. E.* (Boston), The pathological anatomy of the ductless glands in a series of Dementia praecox-cases. Journ. of neurol. and psychopathol. vol. 4, no. 13, p. 1. (S. 134*.)
74. *Moser* (Königsberg i. Pr.), Die Schizophreniebehandlung mit Somnifen-dauernarkose. D. med. Wchschr. Nr. 27, S. 884. (S. 137*.)
75. *Mott, W.*, État des organes sequels dans la Demence précoce en rapport avec l'origine génitale de cette affection. Encéphale Ann. 18, no. 2, p. 73. (S. 136*.)
76. *Müller, H.*, Echt periodische Formen der Dementia praecox. Vortragsbericht (D. V. f. Psych., Jena, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 1/2, S. 150.
77. *Münzer, Fr. Th.* (Prag), Gibt es spezifische Antigene im Blut der Katatoniker? Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4. S. 414.
78. *Münzer* und *Pollak* (Prag), Dementia praecox und innere Sekretion. Verein dtsch. Ärzte in Prag. Sitzung v. 2. November 1923. Referat im Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, S. 428.
79. *Murphie, Gardener*, Types of word-associations in dementia-praecox, manic-depressives and normal persons. The American journ. of psich. vol. 2, no. 4, p. 559. (S. 132*.)
80. *Nouet* et *Lautier*, Sur le délire hypocondriaque intercurrent au cours de l'évolution du délire de revendication. Encéphale vol. 18, p. 164. (S. 138*.)
81. *Olivier, H. G.* (Düren), Der Körperbau der Schizophrenen. (Eine Nachprüfung der Untersuchungen *Kretschmers*.) Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 489.
82. *Page, Maurice*, Hébéphrénie et arsénobenzol. Presse méd. vol. 31, p. 807.
83. *Prince, A.*, A propos du divorce pour cause d'aliénation mentale. Guérison sociale de deux cas de „Schizophrénie" de longue durée. Ann. méd.-psychol. vol. 81, p. 314.
84. *Prince, A.*, Synchronisme rhythmé entre des accès de dépression mélancholique et un syndrome thyroido-oculo-sympathique cervical unilatéral. Encéphale no. 5, p. 312.
85. *Privat* et *Fortunie*, Délire systematisé religieux à évolution chronique. Ann. méd. psychol. vol. 1, no. 1, p. 21.
86. *Raphael, Theophile* (Ann Arbor, Mich.), The psychological level in Dementia praecox. The American journ. of psych. vol. 2, no. 4, p. 515.

87. *Raphael, Th., J. P. Parsons* and *M. N. Woodwell* (Ann Arbor), Schizophrenic catatonia with associated metabolic and vegetative features. Arch. of neurol. a psychiatry vol. 9, p. 471.
88. *Revault d'Allonnes*, La polyphrénie. Ann. méd.-psychol. vol. 2, p. 229.
89. *Rittershaus, E.* (Hamburg-Friedrichsberg), Die chronische Manie und ihre praktische Bedeutung. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 3/4, S. 209.
90. *Rittershaus* (Hamburg), Das manisch-depressive Irresein in der Praxis. Med. Klin. Nr. 23, S. 781.
91. *Schilder, Paul* (Wien), Seele und Leben. Grundsätzliches zur Psychologie der Schizophrenie und Paraphrenie, zur Psychoanalyse und zur Psychologie überhaupt. Berlin, Julius Springer. 200 S.
92. *Schilder, P.* (Wien), Entwurf zu einer Psychologie der Schizophrenie und Paraphrenie. D. med. Wschr. Nr. 46, S. 1433.
93. *Schmitz, Hans* (Rockwinkel-Bremen), Monosymptomatische Melancholie. Münch. med. Wschr. Nr. 13, S. 393.
94. *Schryver, D.* (Apeldoorn, Holland), Blutzucker und Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1/2, S. 179.
95. *Schuster, Julius* (Budapest), Zur Kenntnis der Pathohistologie der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen. Klin. Wschr. Nr. 32. (S. 136*.)
96. *Skliar, N.* (Tambow, Rußl.), Über die katatonische Demenz und deren klinische Formen. Arch. f. Psych. Bd. 67, H. 1, S. 58.
97. *Staehelin, John E.* (Zürich), Moralische Oligophrenie und Schizophrenie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 286.
98. *Steck, Hans* (Bois de Cery, Schweiz), Neurologische Untersuchungen an Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 292; vgl. *Wolfer, Leo* (Salzburg), Bemerkungen zu dieser Arbeit gl. Ztschr. Bd. 87, H. 4/5, S. 615. (S. 134*.)
99. *Storch, Alfred* (Tübingen), Bewußtseinserleben und Wirklichkeitsbereiche in der Schizophrenie. Ein phänomenologischer Versuch. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 321.
100. *Derselbe*, Das archaisch-primitive Denken der Schizophrenen. Monograph. a. d. ges. Geb. der Neurol. u. Psych. H. 32, herausgegeb. von Foerster u. Wilmanns,) Berlin, J. Springer. 1922. 89 S.
101. *Suessareff, P.*, Einige Beiträge zur pathologischen Anatomie der Dementia praecox. I. Russischer Kongreß f. Psychoneurol. zu Moskau. (Russisch.)
102. *Targowla, René* (Paris), Le délire d'interprétation de symptomes patologiques. Encéphale, Ann. 18, no. 5, p. 319.
103. *Tiretta, Girolamo* (Padova), Contributo allo studio della funzione circolatoria nella demenza precoce. Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 46, fasc. 3/4, p. 528.
104. *van der Torren* (Duin en Bosch, Bakkum), Akute psychogene Angst-

psychose. Nederl. tijdschr. v. geneesk. vol. 67 (I), no. 12, p. 1199.

105. *Usse, F.*, Pleurésie séro-fibrineuse chez un confus mélancolique après trois ans d'internement suivie d'amélioration progressive de l'état mental. Encéphale vol. 18, p. 31. (S. 138*.)

106. *Valdizan, Hermilio* u. *H. F. Delgado*, Psychologische Faktoren der Dementia praecox. Rev. de psiquiatria y disciplinas conexas Bd. 4, S. 263. (Spanisch.)

107. *Vedrani, Alberto*, Ludo funebre intorno alla mania e melancolia semplici Giorn. di psich. clin. e tecn. manicom. ann. 31, fasc. 1/2, p. 3.

108. *Walker, J.*, The significance of urea in Dementia praecox. Journ. of mental science vol. 69, no. 286, p. 322. (S. 136*.)

109. *Walker, J.*, The reaction of the urine in 120 cases of mental disorder. Journ. of mental science vol. 69, p. 327. (S. 136*.)

110. *Weinmann, Kurt*, Zur Psychologie nervöser und cyclothymer Stimmungsschwankungen. Internat. Ztschr. f. Individualpsychol. Jg. 2, Nr. 1, S. 14.

111. *Wexberg, Erwin* (Wien), Die objektiven körperlichen Symptome bei funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, S. 1. (S. 132*.)

112. *Winokuroff, A.*, Über Schizophrenie bei Kindern. I. Russ. Kongreß f. Psychoneurol. zu Moskau. (Russisch.)

Wexberg (111) bringt eine sehr vollständige Zusammenstellung der Literatur über die objektiven körperlichen Symptome der funktionellen Psychosen. Das Literaturverzeichnis umfaßt 361 Nummern. Die Abgrenzung ist in der Weise vorgenommen, daß nur das manisch-depressive Irresein, gewisse paranoische Zustände, die hysterischen Psychosen und das „Entartungsirresein" als funktionelle Psychosen den organischen gegenübergestellt werden. Doch wird die Besprechung der Hysterie fortgelassen. Es ergibt sich dann, daß fast nur von der Gruppe der manisch-depressiven Erkrankungen die Rede ist, und zwar bis an jene Grenze, wo das senile, präsenile und arteriosklerotische Irresein beginnt.

Murphie (79) untersuchte 250 normale, 120 an Dementia praecox leidende und 82 manisch-depressive Personen in bezug auf die Wortassoziationen. Reime und Klangassoziationen waren bei den Manisch-depressiven häufiger als bei den Schizophrenen. Charakteristisch für erregte Manische waren Antworten, in denen das Reizwort nur wenig geändert war, etwa durch Zufügung oder Fortlassung einer Silbe oder Verwandlung des Adjektivs in das Adverb. Im ganzen bestätigen die Untersuchungen den Satz *Kraepelins*, daß die Assoziationen der Geisteskranken im allgemeinen nur wenig von denen der Gesunden abweichen.

Kleist (48) sieht die Schizophrenie als eine Krankheitsgruppe an, die sich aus recht verschiedenen Krankheiten zusammensetzt. Diese sind alle als psychische Systemerkrankungen aufzufassen und beruhen wahrscheinlich auf der Wirkung endotoxischer Substanzen. Die Katatonie ist eine psychomotorische Verblödung,

die Hebephrenie eine affektive Verblödung, die paranoiden Formen sind paranoide Defektpsychosen.

Horn (42) kommt zu dem Ergebnis: Die Dementia praecox ist eine Erkrankung, die aus inneren Gründen, niemals dagegen ausschließlich durch traumatische Einflüsse entsteht. Traumen, die geeignet und hinreichend erheblich sind, das Hirn zu schädigen, wie schwere Kopfverletzungen, starke seelische Erschütterungen, schwere Intoxikationen, können bei vorhandener Veranlagung, d. h. bei spezifischer Individualdisposition zu Dementia praecox, in einzelnen Fällen lediglich auslösen oder eine bestehende Krankheit verschlimmern. Als Voraussetzung für die Annahme eines Unfallzusammenhanges ist zu fordern, daß nicht nur der Unfall ein geeigneter und erheblicher war, sondern daß gleichzeitig auch die zeitliche Aufeinanderfolge eine enge ist, daß also die Krankheitserscheinungen spätestens 3 Monate nach dem Unfalle auftreten. Liegt nur eine von diesen Voraussetzungen vor, also entweder geeigneter, erheblicher Unfall oder zeitliches Zusammentreffen, so ist in der Regel die Zusammenhangsfrage zu verneinen.

Bychowski (13) beabsichtigt, „die Beziehungen zwischen bestimmten psychopathologischen Erscheinungen, wie sie besonders im Rahmen der Schizophrenien auftreten, und bedeutsamen geistigen Bildungen der Menschheit von einem einheitlichen Gesichtspunkte aus zu beleuchten". Diesen einheitlichen Gesichtspunkt sieht er darin, daß er „von der biologischen Grundtatsache der Beziehung der Psyche zur Umwelt ausgeht und im wesentlichen den phylogenetischen Aufbau dieser Grundbeziehung sowie den schichtenartigen, historisch bedingten Aufbau der Psyche in Betracht zieht."

Kahn (46) hat es unternommen, die Nachkommenschaft geisteskranker Ehepaare zu untersuchen, um auf diesem Wege die Vererbungsgesetze der Geistesstörungen aufzuklären. Er wird dabei von etwa 20 deutschen Anstalten durch Materiallieferung unterstützt. Von dieser wertvollen Arbeit liegt der erste Teil vor: Die Untersuchung der Nachkommenschaft schizophrener Ehepaare. Auffallend dabei ist das verhältnismäßig häufige Vorkommen von nicht schizophrenen Kindern bei schizophrenen Eltern. *K.* nimmt an, daß in der Schizophrenie zwei Anlagen gegeben sind: eine dominant vererbende Schizoidanlage und eine rezessive Prozeßanlage.

Medow (67) sieht die Grundlage der Dementia praecox in einem organischen Krankheitsprozesse, der eine Veränderung des Bewußtseins herbeiführt. Die Bewußtseinstrübung ist erheblich geringer als bei den gewöhnlichen organischen Psychosen, der Unterschied ist jedoch nur ein gradweiser. Die Aufmerksamkeitsstörungen sind die leichtesten Grade der Bewußtseinsveränderungen, schwerer sind die Störungen der Merkfähigkeit, am schwersten die der Auffassung.

Dawson (20) hat 50 Fälle von Dementia praecox untersucht und dabei gefunden, daß Degenerationserscheinungen und Atavismen bei diesen Kranken nicht häufiger sind als bei Gesunden und anderen Kranken. Die körperlichen Störungen, die bei Dementia praecox beobachtet werden, beruhen vorwiegend auf Funktionsstörungen im vegetativen Nervensystem.

Mauz (65) hat in der Tübinger Klinik in den letzten zwei Jahren sämtliche

Fälle gesammelt, bei denen pyknischer Habitus bei stark schizophren gefärbten Psychosen gefunden wurde. Es handelte sich um 9 Fälle. Gerade derartige Ausnahmsfälle scheinen eine Bestätigung für die konstitutionelle Affinität zwischen Körperbau und Psychose zu liefern, sofern diese Fälle auch auf der psychischen Seite die Beimischung zyklothymer Konstitutionselemente in einem stark atypischen, mannigfach ans Zirkuläre anklingenden klinischen Bilde verraten. Die 9 Fälle lassen sich in 2 Gruppen zerlegen. Die erste Gruppe umfaßt 7 Fälle mit zirkulärem, periodisch wiederkehrenden Verlaufstypus. Psychosen von vorwiegend schizophrener Symptomfärbung verlaufen nicht in Form eines chronisch fortschreitenden, destruktiven Prozesses, auch nicht in Form eines unvollständigen, schizophrenen Schubes, sondern ganz nach Art einer zirkulären Psychose, in Form von umschriebenen, periodisch sich wiederholenden Krankheitsanfällen von höchstens halbjähriger Dauer mit relativ guten Zwischenzeiten, teilweise bis zur Wiederherstellung der Berufsfähigkeit. Die andere Gruppe umfaßt 2 Fälle vom Typus der *Kraepelin*schen Paraphrenia expansiva. Auch hier kommt das psychische Äquivalent zum pyknischen Körperbau deutlich zum Durchschlag. Die Wahnbildung ist nämlich gefärbt und getragen von einer heiteren, gehobenen Stimmungslage mit flüssiger Vielbeweglichkeit der Gedanken, Reden und Handlungen. Auch bei dieser Gruppe kommt es nicht zum verblödenden Zerfall der Persönlichkeit, auch hier scheint also die pyknisch-zyklothyme Konstitutionskomponente sowohl hemmend als auch symptomgestaltend auf die schizophrene Anlage zu wirken. Die Abstammung ließ bei diesen Fällen die Mischung aus pyknisch-zyklothymen und asthenisch-schizothymen Erbmassen erkennen. Häufig fanden sich bei den Eltern der pyknischen Schizophrenen, und zwar besonders auffallend bei der periodischen Gruppe, die Anordnung, daß ein Elter pyknisch-zyklothym, dabei gesund, der andere Elter asthenisch-schizothym, dabei degenerativ angekränkelt oder Dementia praecox belastet erschien. Bei den Eltern und Geschwistern waren meist Körperbau und seelische Anlage in der von *Kretschmer* beschriebenen Weise kongruent, stellten also voll entwickelte, reine Konstitutionstypen dar. Die beschriebenen Fälle weisen darauf hin, ein wie wichtiger Faktor der Körperbau auch für die spezielle klinische Psychiatrie, ihre Diagnostik und Prognostik werden kann.

Morse (73) hat in 27 Fällen von Dementia praecox, und zwar bei 12 Männern und 15 Frauen, die Keimdrüsen, die Hypophyse, die Schilddrüse und die Nebennieren anatomisch untersucht. Im Gegensatze zu *Mott* konnte er keine Beziehungen zwischen der Atrophie der Keimdrüsen und der Dauer oder dem Grade der geistigen Erkrankung nachweisen. Die Hypophyse war fast in der Hälfte der Fälle fibrös verändert, doch hing der Grad dieser Veränderung nicht von dem geistigen Zustande der Untersuchten ab, sondern von der den Tod herbeiführenden Krankheit und dem Ernährungszustande. Ähnlich verhielt es sich mit den Nebennieren. Die Schilddrüse zeigte selten Veränderungen.

Steck (98) betont, daß zur Vertiefung unseres Wissens über die Dementia praecox eine genaue Kenntnis der somatischen Störungen von größter Wichtigkeit ist. Zu den bisher untersuchten neurologischen Phänomenen gesellt sich heute

noch die Untersuchung der *Léry-Meyer*schen Gelenkreflexe. Diese Phänomene sind in erster Linie vom Tonus abhängig. Ihr Verhalten zeigt eine vom Paranoid über Hebephrenie zur Katatonie zunehmende Störung des Tonus, besonders im Sinne der Hypotonie. In der Katatoniegruppe findet sich eine Häufung der neurologischen Störungen. Von einer pathognomonischen Reflexformel, die auch differentialdiagnostisch verwendbar wäre, kann aber nicht gesprochen werden. Tremor, Reflexstörungen finden sich auch bei rein funktionellen Störungen. Katalepsie, Pupillenstörungen kommen bei Encephalitis, Paralyse und anderen organischen Krankheiten vor. Die enge Beziehung zwischen Katalepsie und idiomuskulärer Erregbarkeit, wie sie sowohl in der Dementia praecox als beim postencephalitischen Parkinsonismus vorkommt, weist auf eine Verwandtschaft dieser Zustände. Solche der Katatonie und dem striären Symptomenkomplex gemeinsame Störungen weisen auf die mögliche organische Natur der Katatonie und auf ihre Beziehungen zu Funktionsstörungen der basalen Hirnganglien. Demnach wären die motorischen Erscheinungen des katatonischen Symptomenkomplexes zurückzuführen auf eine Störung des basalen Hirnganglienapparates, die sowohl auf psychischem wie physischen Wege bewirkt werden kann. Die Theorie der Tuberkulogenese der Dementia praecox ist nicht bewiesen. Unter den konstitutionell-vererbbaren Faktoren muß eine Schwäche der basalen Ganglien postuliert werden. Wegen der verschiedenen Störungsmöglichkeiten eines und desselben Hirnapparates läßt sich der katatone Symptomenkomplex nicht immer differentialdiagnostisch verwerten. Die Differentialdiagnose bleibt in vielen Fällen Sache der psychopathologischen Analyse. Auch für die mimischen Störungen sind oft organische Grundlagen oder wenigstens nervöse Bereitschaften anzunehmen. Die symptomatische Therapie muß sich besonders die psychische Beeinflußbarkeit der geschwächten Apparate zunutze machen.

Josephy (45) ist durch die anatomische Untersuchung von etwa 50 Gehirnen zu dem Nachweise gekommen, daß sich in Gehirnen von Dementia praecox-Kranken regelmäßig anatomische Veränderungen finden lassen. Bei dem Schizophrenen ist also nicht nur die Psyche, sondern auch das Gehirn erkrankt. Diese Feststellung ist wichtig gegenüber der Anschauungsweise, die heute mehr und mehr geneigt erscheint, in der Dementia praecox nur eine Art Steigerung normal-psychischer Phänomene zu sehen. Das Gehirn erkrankt bei der Dementia praecox durch einen Prozeß, der in einem, soweit wenigstens feststellbar, vorher anatomisch gesunden Organ zum Ablauf kommt. Entwicklungsanomalien wurden in den untersuchten Gehirnen nur sehr wenig gefunden. Der Prozeß ist anatomisch als ein rein parenchymatöser zu charakterisieren, ohne jede entzündliche Komponente. Er ergreift vorwiegend die Ganglienzellen. Es kommt hier zu Verfettungen und Sklerosen und sehr häufig auch zu Zellausfällen in bestimmten Rindenschichten. Gliawucherungen spielen nur selten eine Rolle. Ein Versuch, die Dementia praecox-Gruppe auf Grund der krankhaften Rindenveränderungen aufzuteilen, erscheint nicht ganz aussichtslos. Ein einheitlicher anatomischer Prozeß als Unterlage der Dementia praecox hat sich jedenfalls nicht feststellen lassen. Die Veränderungen waren in den vorderen Hirnabschnitten, besonders im Stirn- und Schläfenlappen, im allge-

meinen stärker ausgeprägt, als in den hinteren. Nicht die ganze Rindenschicht war gleichmäßig erkrankt, sondern einzelne Schichten, besonders die 3. und 5. zeigten sehr viel schwerere und erheblichere Veränderungen als die anderen. In manchen Fällen beschränkten sich die krankhaften Veränderungen nicht auf die Rinde. Es kommen auch krankhafte Prozesse in den Stammganglien sowie in den Kernen der Medulla oblongata vor, die vielleicht nicht ohne Bedeutung für einzelne Symptome der Psychose sind. Wesentliche Veränderungen des Plexus chorioideus wurden nicht gefunden. Die Drüsen mit innerer Sekretion wurden in einer größeren Zahl von Fällen mikroskopisch untersucht, wobei die Befunde recht spärlich und wohl kaum von Bedeutung waren. Die Art der im Gehirne nachgewiesenen Veränderungen spricht dafür, daß es sich um einen toxisch bedingten Prozeß handelt. Anhaltspunkte für die Einwirkungen mehr lokalisierter Schädigungen, etwa in Form von Gefäßveränderungen, fehlen vollständig. Auch bei fieberhaft infektiösen Prozessen zeigen die Ganglienzellen ausgedehnte Verfettungen und degenerative Veränderungen.

Klarfeld (47) berichtet zusammenfassend über den jetzigen Stand unserer Kenntnis der pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Man findet in allen Fällen von Dementia praecox Veränderungen, die als anatomische Grundlage der Geisteskrankheit aufgefaßt werden können. Diese Hirnveränderungen sind ausschließlich mikroskopischer Art und betreffen das ektodermale Gewebe. Die anatomische Diagnose der Dementia praecox ist jedoch noch nicht möglich. Die Entstehung der D. p. ist auf endogene Gründe zurückzuführen, besonders wohl auf endokrine Störungen.

Schuster (95) untersuchte das Gehirn von Schizophrenen, das durch eine Injektion von Formol durch die Karotis unmittelbar nach dem Tode vor Leichenveränderungen möglichst geschützt war. Er fand eine vesikuläre Degeneration der Nervenzellen aller Schichten der Hirnrinde und der Schläfenlappen besonders bei solchen Kranken, die vorwiegend an Gehörshalluzinationen gelitten hatten. In Fällen von reiner Katatonie und inkohärenter Verblödung fand er Atrophie des Balkens und Entartung der Nervenzellen in verschiedenen Schichten des Stirnhirnes. Der Befund paßt zu der von *Kleist* vertretenen Auffassung der Schizophrenie als psychische Systemerkrankung.

Walker (108) hat die Nierenfunktionen bei Dementia praecox-Kranken untersucht und gefunden, daß bei 57% der Fälle die Harnstoffausscheidung vermindert ist, ohne daß eine organische Nierenschädigung vorliegt.

Derselbe (109) fand bei der Untersuchung des Urins von 120 Geisteskranken, daß der Säuregehalt bei den an Dementia praecox leidenden Kranken häufig größer war als bei anderen Kranken, ohne daß gleichzeitig die Alkalitoleranz geändert war.

Mott (75) hat histologische Untersuchungen an den Hoden von Geisteskranken angestellt. Bei Fällen von Dementia praecox fand er häufig regressive Veränderungen, und zwar bereits von der Pubertätszeit an. Die Hoden der Dementia praecox-Kranken gleichen etwa denen der 80jährigen Normalen.

Kure und *Shimoda* (51) haben das Gehirn von 106 Japanern anatomisch untersucht, die an Dementia praecox litten. Das durchschnittliche Hirngewicht

der Männer, war um 29 g größer als das der männlichen Paralytiker, das der weiblichen Kranken um 24 g geringer als das der weiblichen Paralytiker. Das Hirngewicht war niedriger mit der fortgeschritteneren Geisteskrankheit. Bei den Endzuständen war das Hirngewicht um 90 g geringer als bei den geistig gesunden Japanern. Die Gewichtsabnahme beruhte ausschließlich auf den Hemisphären, während das Stammhirn unverändert bleibt. Die Stirnlappen waren am meisten an der Atrophie beteiligt, weniger die Scheitel- und Schläfenlappen, am wenigsten die Zentral- und Occipitalgegend. Unter den Todesursachen war die Lungentuberkulose am häufigsten.

Gibbs (32) hat die Hoden von Dementia praecox-Kranken untersucht und gefunden, daß sie bei den im Alter von 16 bis 20 Jahren Erkrankten größer waren, als bei den Kranken, deren Psychose zwischen dem 21. und 40. Lebensjahre zuerst aufgetreten war. Die mangelhafte Ausbildung der sexuellen Behaarung hing nicht von der Größe der Hoden ab. Die Mehrzahl der erwachsenen Kranken war nicht in Beziehung zum anderen Geschlecht getreten. Nur etwa ein Fünftel war als geschlechtlich normal anzusehen.

Geller (30) fand an Leichen von Dementia praecox-Kranken erheblichen Hypogenitalismus. Die Ovarien waren in den meisten Fällen kleiner als normal. Der Uterus war in vielen Fällen klein, von kindlichen Proportionen. Die Uterusschleimhaut zeigte Kleinheit der Zellen und der Drüsen. Die Untersuchungen von *Fränkel*, *Hauck* und *Köhler* werden dadurch bestätigt. Dementia praecox und Hypoplasie der weiblichen Genitalien werden oft bei denselben Kranken gefunden.

Lowrey (61) berichtet, daß in der Statistik des Danvers State Hospital seit 1903, also seit dem Zeitpunkte, an dem zuerst die Diagnose Dementia praecox gestellt wurde, große Schwankungen in der Zahl der aufgenommenen Kranken mit manisch-depressivem Irresein beobachtet wurden. Diese Schwankungen beruhen sicher nicht auf einer Veränderung des Krankenmateriales, sondern nur auf der Schwierigkeit in der richtigen Benennung der einzelnen Krankheitsfälle. Aus einer derartig unsicheren Statistik lassen sich keine Schlußfolgerungen ziehen.

Main (63) behandelt 20 Fälle von Katatonie mit Beschäftigungstherapie in Werkstätten. Der Erfolg hängt ganz von der Geschicklichkeit des Pflegepersonals ab, daß durch sein Beispiel die Kranken zur Nachahmung aufmuntere und für die Eigentümlichkeiten jeden einzelnen Krankheitsfalles Verständnis haben muß. Es wurden Besserungen bis zur Entlassungsfähigkeit der Kranken erzielt.

Moser (74) hatte mit dem Somnifen als Hypnotikum sowohl bei innerlicher Anwendung als in der Form von intramuskulären Injektionen guten Erfolg, konnte aber die von *Kläsi* beobachtete günstige Wirkung einer Dauernarkose auf den Verlauf der Schizophrenie nicht bestätigen.

Damaye (18) beschreibt einen Fall von melancholischer Depression bei einer 51jährigen Patientin mit Selbstanklagen und Sinnestäuschungen des Gehörs und des Gesichtes. Die unbedeckten Hautpartien nahmen Bronzefarbe an. Die Sektion ergab tuberkulöse Herde in Rinde und Mark beider Nebennieren und eine kirschkerngroße Geschwulst (Adenom) der linken Nebenniere. Die Hautverfär-

bung verschwand auf Geben von Adrenalin. Es wird ein Zusammenhang zwischen dem somatischen Befunde und der Psychose angenommen.

Gibbs und *Lemcke* (34) haben den respiratorischen Stoffwechsel bei 15 Manisch-depressiven und 11 Dementia praecox-Kranken mit dem Spirometer von Tissot untersucht. Es ergaben sich abnorm niedrige Befunde, mehr bei den Dementia praecox-Kranken als bei den Manisch-Depressiven.

Benon (6) entwickelt an der Hand einer Beobachtung an einem Kriegsteilnehmer theoretische Betrachtungen über die Beziehungen zwischen Melancholie und Manie. Die Melancholie sei nicht der Gegensatz zur Manie. Die manische Erregung sei das Gegenstück der nervösen Depression.

Nouet und *Lautier* (80) veröffentlichen die Krankengeschichte von 2 Fällen von Querulantenwahn, in denen nach längerer Dauer (in dem einen Falle zehnjähriger) des Krankheitszustandes eine vollkommene Änderung durch das Auftreten eines länger dauernden hypochondrischen Zustandes eintrat, der den bisherigen erregt-querulatorischen Charakter der Krankheit verschwinden ließ.

Courbon (17) behauptet, es gebe zwei verschiedene Arten von Ätiologie für die Manie und Melancholie. Er unterscheidet dynamische Manie und Melancholie, die ohne äußere Verursachung entstehen, und affektive Manie und Melancholie, die auf äußeren Ursachen beruhen. Im ersteren Falle liegt eine Erkrankung von reinem Rhythmus vor, im anderen die Krankheit eines sekundären Rhythmus bei einer Erkrankung des psychischen Gleichgewichtes, wobei dann eine Mischung von dynamischen Störungen (Denken, Fühlen, Wollen) und von Störungen der psychischen Funktionen (Gedankenbildung, Auffassung) vorliegt.

Usse (105) berichtet über einen Fall von melancholischer Verwirrtheit, in dem nach 3jähriger Anstaltsbehandlung im Anschluß an eine Pleuritis eine überraschende Besserung eintrat, so daß Entlassung aus der Anstalt möglich wurde.

---

7. Neurosen und innere Sekretion.

Ref.: Hans Laehr-Wernigerode.

1. *Becker, Herbert*, Erfolge und Ausgänge der poliklinischen Epilepsiebehandlung unter Berücksichtigung der Behandlung mit Episan. Ps. n. W. S. 16.
2. *v. Benedek, Ladislaus* (Debreczen), Zur Frage der Epilepsie. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 53, S. 63. Dazu S. 373.
3. *Bergmann, Emanuel* (Upsala), Behandlung der Paralysis agitans mit subkutaner Einimpfung von Kalbsepithelkörperchen. M. m. W. S. 243. (S. 153*.)
4. *Bergsma, E.*, Intravenöse Somnifeneinspritzung bei Epilepsie. Nederl. tijdschr. voor geneesk. [illegible] S. 1418.

5. *Bernard, L. L.*, The psychoanalysists theory of the conflict-neurosis. A. j. of ps. 34, p. 511.
6. *v. Bernuth, F.* (Jena), Beitrag zur Luminalbehandlung der Chorea minor nebst Bemerkungen über Luminalexantheme. Klin. W. S. 1158. (S. 152*.)
7. *Biedl, A.*, Physiologie u. Pathologie der Hypophyse. Wiesbaden, Bergmann. 81 S.
8. *Bielschowsky, Max* (Berlin), Die Wilsonsche Krankheit. Jahreskurse f. ärztl. Fortb., H. 5, S. 1.
9. *Birk* (Tübingen), Die innere Sekretion der Thymusdrüse. Münch. med. Wschr., S. 1472. (S. 153*.)
10. *Bisgaard, A.*, u. *Norwig, Johs.* (Kopenhagen), Fortgesetzte Untersuchungen über die Neutralitätsregulation bei der genuinen Epilepsie. Ztschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 83, S. 469. (S. 149*.)
11. *Bohn, Hans* (Stuttgart), Über einen Fall von Recklinghausenscher Neurofibromatosis mit gleichzeitiger Hypophysenerkrankung. Z. f. d. g. Neurol. u. Psych. 83, S. 542.
12. *v. Bókay, Johann* (Budapest), Der gegenwärtige Stand der Therapie der Chorea minor. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 24, S. 1.
13. *Borchardt, L.* (Berlin), Untersuchungen über die Reaktionsfähigkeit bei Asthenikern. Ztschr. f. klin. Med. 97, S. 1.
14. *Brühl, Franz* (Köppern i. T.), Weitere Untersuchungen über den Serum-Eiweißwert beim epileptischen Krampfanfall und seine Beziehungen zum Blutdruck. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 83, S. 657. Dazu Bd. 84, S. 642. (S. 149*.)
15. *Büchler, Paul* (Budapest), Psychische Störungen im Verlaufe der Hypophysenerkrankungen. Klin. Wschr. S. 591. (S. 153*.)
16. *Bumke, O.* (Leipzig), Die hysterische Konstitution (Sitzungsber.). Münch. med. Wschr. S. 1036. (S. 147*.)
17. *Camp, Carl D.*, Chorea and choreiform affections with special reference to epilepsy. Med. clin. of North America. 6, p. 1179.
18. *Campbell, C., Macfie*, The psychoneuroses. Problems and lines of investigation. Am. j. of psych. 2, p. 367.
19. *Carruthers, V. T.*, On the instinctive factor in hysteria. J. of the R. Army Med. Corps 40, p. 25, 114 u. 182. (S. 147*.)
20. *Cimbal, W.* (Altona), Die Sympathikusparatonie bei den Neurosen des seelischen Kampfes (Vortr.-Ber.). A. Ztschr. f. Psych. 80, S. 244.
21. *Clark, L. Pierce*, The psychobiologic concept of essential epilepsy. J. of n. and ment. diseases, p. 433.
22. *Claude, Henry*, Fugue psychasthenique. J. des practiciens p. 113.
23. *Cobb, Geoffrey F.*, A preliminary note of the use of collosol bromine in the treatment of insane epileptics. J. of ment. sc. 69, p. 348.
24. *Cumston, Charles Greene*, A note on Dr. *Charles Lepois'* writing on hysteria

(Historische Notizen zur Hysteriefrage. Ch. Lepois-Carolus Piso. 1563—1633 zu Pont à-Mousson). J. of n. and ment. dis. 58, p. 426,

25. *Curschmann, Hans* (Rostock), Neuritis u. Polyneuritis. Münch. med. W., S. 881.
26. *Ders.*, Über Adipositas dolorosa. Med. Klin. S. 929. (S. 152*.)
27. *Cushing-Smith, Olive*, A statistical analysis of certain phases of epilepsy. Am. j. of ps. 2, p. 573.
28. *Dana, Charles L.* (Davenport, C. B.), The ecology of epilepsy. I Epilepsy in colonies, II. Racial and geographic distribution of epilepsy Arch. of n. and psych. 9, p. 551, 554.
29. *Deutsch, Felix* (Wien), Gehäuftes Auftreten von Morbus Basedowii. Med. Klin. S. 678. (S. 152*.)
30. *Diem, Otto* (Luzern), Betrachtungen aus dem Gebiete der Unfallmedizin an Hand eines Falles von Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 82, S. 53. (S. 151*).
31. *Endtz A.* (Leiden) Zwei Fälle von Epilepsie mit schizophrenen Erscheinungen. Nederl. tijdschr. v. geneesk. 67 (I) S. 554.
32. *Esau* (Oschersleben) Die Behandlung der Chorea minor mit Stauungshyperämie. (Blutdruckmessung bei Kopfstauung.) Münch. med. Wschr. S. 810. (S. 152*.)
33. *Fahr Th.* (Hamburg), Kurzer Beitrag zur Frage des Myxödems und der pluriglandulären Insuffizienz. Klin. Wschr. S. 1109. (S. 152*.)
34. *Fischer, Heinrich* (Gießen), Über Eunuchoidismus, insbesondere über seine Genese und seine Beziehungen zur Reifung und zum Altern. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 87, S. 314. (S. 153*.)
35. *Flatau, Georg*, Sexuelle Neurasthenie. 2. verm. Aufl. Berlin, Kornfeld. 163 S.
36. *De Fleury, Maurice* (Paris), Les états dépressifs et la neurasthénie. Presse méd. S. 581.
37. *Focher, Ladislaus* (Budapest), Prüfungsmethode zur Erkennung der genuinen Epilepsie in anfallfreier Zeit. (Vortr.-Ber.). Med. Klin. S. 1134. (S. 150*.)
38. *Ders.*, Ein neuer Weg zur interparoxysmalen Erkennung der genuinen Epilepsie. Deutsche med. Wschr. S. 1087. (S. 150*.)
39. *Ders.*, Untersuchungsmethoden zur Diagnose der genuinen Epilepsie. Arvosi hetilap S. 213.
40. *Forster, E.* (Berlin), Behandlung der Epilepsie durch Sympathektomie. Münch. med. Wschr. S. 1114. (S. 151*.)
41. *Fränkel, Fritz* (Berlin-Buch), Der psychopathologische Formenreichtum der Eunuchoiden. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 80, S. 560. (S. 153*.)
42. *Fränkel, Manfred* (Charlottenburg), Röntgenstrahlen und Epilepsie. Zentrlbl. f. Gynäk. S. 265. (S. 151*.)
43. *Frank, Ludwig* (Zürich), Zur Frage der Unlustneurosen. Trotzneurosen, Kleptomanien. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 82, S. 60.

44. *Friedländer, A. A.* (Freiburg i. B.), Zur Psychologie u. Psychotherapie der Angst- und Zwangsneurose. Münch. med. Wschr., S. 1383.
45. *Fröschels, Emil* (Wien), Die herrschenden Ansichten über das Wesen des Stotterns A. f. Ps. 69, S. 526. (S. 149*.)
46. *Geillin, Fritz*, (Helsingfors), Zur Genese der epileptischen Krämpfe (Vortr.-Ber.). A. f. Psych. 69, S. 619.
47. *Ders.*, Zur Epilepsiefrage. Finska läk. sällsk. handl, No. 5/6, u. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 87, S. 536. (S. 149*.)
48. *Globus, J. H.* (New York), Über symptomatische Chorea bei Diphtherie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 85, S. 414. (S. 151*.)
49. *Goldscheider* (Berlin), Die Basedowsche Krankheit. Deutsche med. Wschr. S. 335 u. 371. (S. 152*.)
50. *Golla, F. C.*, The organic bases of the hysterical syndrom. Proc. of the R. Soc. of Med., Sect. of Psych. 16, S. 1.
51. *Grünthal, E.* (München), Epileptiforme Krämpfe bei Tetanie (Vortr.-Ber.). Münch. med. Wschr. S. 1424.
52. *Gruhle, Hans W.* (Heidelberg), Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den Jahren 1910—20 und über das Wesen dieser Krankheit. Zentrlbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 34, S. 1—100.
53. *Guidi, Ferruccio* (Padova), Di una azione singulare della Pilocarpina nelle lesioni cerebrali, con speciale riferimento ai fenomeni emilaterali nella epilessia. Riv. spec. di fren. e med. leg. delle alien. ment. 46, S. 511. (S. 150*.)
54. *Hart, Carl*, Die Lehre vom Status thymico-lymphaticus. Ein Beitrag zur Konstitutionspathologie. München, Bergmann. 172 S.
55. *v. Hattingberg, H.* (München), Über die Bedeutung der Onanie und ihre Beziehung zur Neurose. Münch. med. Wschr. S. 904. (S. 149*.)
56. *Hirsch, S.* (Frankfurt a. M.), Zur Begründung und Abgrenzung der „pluriglandulären Insuffizienz". Münch. med. Wschr. S. 1449. (S. 152*.)
57. *Hochstetter*, Die Entwicklung der Zirbeldrüse. (Beiträge zur Entwicklung des menschlichen Gehirns I, II, H. 1.) Wien-Leipzig, Deuticke.
58. *Homburger, August* (Heidelberg), Lichenoider Ausschlag als psychogene Dermatose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 82, S. 105.
59. *Idelson, H.* (Riga), Über die Beziehungen der Claudicatio intermittens zu Allgemeinerkrankungen. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 33, S. 494. (S. 151*.)
60. *Jakob, A.* (Hamburg), Zur Pathophysiologie der Athetose und der extrastriär bedingten Chorea (Vortr.-Ber.). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 32, S. 281.
60a. *Ders.*, Zwei Fälle von Simmondscher Krankheit (hypophysärer Kachexie) mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen im Zentralnervensystem (Vortr.-Ber.). A. Z. f. Psych. 79, S. 486.

61. *Kämmerer* u. *Lorber* (München), Über zerebrale Reizerscheinungen bei endokrinen Störungen der Genitalsphäre. (Zur Frage der Zwischenhirnsymptome). Münch. med. Wschr. S. 203. (S. 153*.)
62. *Kafka, V.* (Hamburg), Über die Behandlung der nervösen Erschöpfungszustände mit Arsen und Promonta unter besonderer Berücksichtigung des Blutbildes. Med. Klinik, S. 278. (S. 148*.)
63. *Derselbe*, Phosphortherapie bei thyreogener Epilepsie (Vortr.-Ber.). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 32, S. 530.
64. *Kahn, Pierre*, L'hystérie. Bull. méd., S. 363.
65. *Kauders, Otto* (Wien), Hysterische Zustandsbilder unter dem klinischen Bilde des postencephalitischen Parkinsonismus. Med. Klinik, S. 1077. (S. 148*.)
66. *Kennedy, Foster*, Epilepsy and convulsive state. Arch. of n. and psych. 9, S. 567.
67. *Kersten, H.* (Schwerin), Amylnitritkrämpfe bei Kaninchen nach Funktionsstörung der Drüsen mit innerer Sekretion. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 53, S. 263. (S. 150*.)
68. *Klüsi, Jakob* (Zürich), Beitrag zur Frage der Behandlung von Magenneurosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 82, S. 122.
69. *Kleine, Willi* (Frankfurt a. M.), Über zerebrale Blasenstörungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 53, S. 11. (S. 151*.)
70. *Kleist, K.* (Frankfurt a. M.), Episodische Dämmerzustände (Vortr.-Ber.). Arch. f. Psych. 69, S. 616.
71. *Knipping, Hugo Wilh.* (Hamburg), Hypophyse und Fettsucht. Deutsche med. Wschr., S. 12. (S. 153*.)
72. *Kogerer, Heinr.* (Wien), Akute Ammonshornveränderungen nach terminalen epileptischen Anfällen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 86, S. 211. (S. 150*.)
73. *Kollarits, Jenö* (Davos), Zur Diagnostik und Therapie des nervösen Schwindels. Schweiz. med. Wschr. Nr. 6. (S. 147*.)
74. *Kramer, Franz* (Berlin), Die Umkehr der Zuckungsformel bei der Entartungsreaktion. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 54, S. 291.
75. *Kretschmer, Ernst* (Tübingen), Über Hysterie. Leipzig, Thieme. 115 S. (S. 147*.)
76. *Krisch, Hans* (Greifswald), Die biologische Einteilung der Epilepsien. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 52, S. 312. 1922. (S. 149*.)
77. *Küppers, E.* (Freiburg i. B.), Phänomenologie und Neurologie (Vortr.-Ber.). Arch. f. Psych. 69, S. 619.
78. *Küttner, Hermann* und *Wollenberg, Robert* (Breslau), Der Mißerfolg der Nebennieren-Operationen bei der Epilepsie. Zentralbl. f. Chir., S. 430. (S. 150*.)
79. *Kutscha-Lißberg, Ernst* (Neunkirchen, O.-Oe.), Nebennierenreduktion und epileptischer Krampf. Wien. klin. Wschr., S. 443. (S. 150*.)

80. *Lederer, Richard* (Wien), Zur Pathogenese der Spasmophilie. Mtschr. f. Kinderheilk. 25, S. 394.

81. *Legewie, Bernhard* (Freiburg i. B.), Ein Beitrag zur Frage der Zwangsneurose und -Psychose. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 86, S. 1. (S. 149*.)

82. *Lepine, Jean*, L'épilepsie commotionelle. Journ. de méd. de Lyon, S. 357.

83. *Lewandowsky*, Handbuch der Neurologie, herausgegeben von O. Bumke und O. Förster. Ergänzungsband, 1. Teil. Berlin, Springer, 492 S.

84. *Lewy, F. H.* (Berlin), Die Histopathologie der choreatischen Erkrankungen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 85, S. 622. (S. 151*.)

85. *Derselbe*, Die Einteilung der choreatischen Erkrankungen nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten (Vortr.-Ber.). A. Z. f. Psych. 80, S. 249.

86. *L'hermitte, J.* et *Bourguina*, Diagnostic différentiel des chorées chroniques d'origine striée et d'origine cérébelleuse. Encéphale, S. 228.

87. *Löwenstein, Otto* (Bonn), Schwierigere Fragen aus dem Gebiete der experimentellen Hörfähigkeitsbestimmung bei psychogener Schwerhörigkeit und Taubheit. Arch. f. Psych. 68, S. 363. (S. 148*.)

88. *Derselbe*, Experimentelle Hysterielehre. Zugleich ein Versuch zur experimentellen Grundlegung der Begutachtung psychogener Unfallfolgen. Bonn, Cohen. 412 S.

89. *Mann, Ludwig* (Breslau), Über Störungen des Atmungsmechanismus bei progressiver Huntingtonscher Chorea und anderen striären Erkrankungen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 54, S. 109. (S. 152*.)

90. *Marañon, G.*, u. *Guitiérrez, J.*, Die Symptome des „roten Schilddrüsenflecken" und das Symptom der Hyperästhesie der Schilddrüsengegend. Progr. de la clin. 25, S. 3. (Spanisch.)

91. *Marchand, L.* (Paris), Convulsions vermineuses et épilepsie. Gaz. des hôp. civ. et milit., S. 993. (S. 150*.)

92. *Derselbe*, Épilepsie et paralyse générale. Presse méd., S. 121. (S. 150*.)

93. *Marx, E.*, (Frankfurt a. M.), Psychogenität und Psychotherapie des Asthma bronchiale. Deutsche med. Wschr., S. 477. (S. 148*.)

94. *Meggendorfer, Friedr.* (Hamburg), Die psychischen Störungen bei der Huntingtonschen Chorea, klinische und genealogische Untersuchungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 87, S. 1. (S. 151*.)

95. *Mohr, Fritz* (Coblenz), Die Beeinflussung der endokrinen Drüsen vom Gehirn aus. Med. Klinik, S. 1325. (S. 152*.)

96. *Monrad-Krohn, G. H.*, Versuche mit einer Ermüdungsprobe für Neurastheniker. Norsk. mag. f. laegevidensk., S. 113.

97. *Moos, Erwin* (Gießen), Kausale Psychotherapie beim Asthma bronchiale. Münch. med. Wschr., S. 805. (S. 149*.)

98. *Mott, Frederick W.* (London), An abstract of the historical Survey of

the suprarenal Capsules of one hundred Cases dying in Hospitals and Asylums. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. 13, S. 526. (S. 153*.)

99. *Muskens, L. J. J.*, Geschichte der experimentellen Epilepsieuntersuchung. Psych. en neur. bladen, S. 204.
100. *Nerlich* (Groß-Schweidnitz), Kritische Bemerkungen über die Behandlung der genuinen Epilepsie. A. Z. f. Psych. 79, S. 380.
101. *Oppenheim, H.*, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 7. verb. Aufl., bearbeitet von Cassierer, Goldstein, Nonne und Pfeifer. I. Bd. Berlin, Karger. 923 S.
102. *Osnato, Michael*, The pathogenesis of epilepsy. A critical review with a new interpretation of the available date. Arch. of n. and psych. 9, S. 488.
103. *Oswald, A.* (Zürich), Die Beziehungen der Schilddrüse zum Nervensystem. Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psych. 12, S. 282. (S. 152*.)
104. *Paine, Harlan L.* (N. Grafton, Ma.), Psychotic symptoms of epilepsy. Americ. journ. of psych. 2, S. 713.
105. *Patterson, Harold A.*, Haematological pictures in endocrine syndroms found associated with epilepsy. Americ. journ. of psych. 2, S. 427.
106. *Pedericini, Enrico* (Bergamo), La cura alcalina nell' epilessia. Note e riviste di psich. 2, S. 381.
107. *Pighini, Giacomo* (Reggio-Emilia), Alterazioni sperimentali della tiroide in rapporto colla etiologia del gozzo. Nota preventiva. Riv. sper. di fren. e med. leg. 47, S. 127.
108. *Pohlisch, Kurt* (Berlin), Zur Frage der Pyknolepsie. Arch. f. Psych. 67, S. 424. (S. 149*.)
109. *Poleck, Erwin* (Braunschweig), Über die Entstehung und die Vertiefung des Tropenneurasthenie (Vortr.-Ber.), Zentralbl. f. Neurol. u. Psych. 33, S. 512.
110. *Poroz, Moriz*, Die Selbstgeringeinschätzung (seautocontemptio) als sexueller psychischer Zustand. Ztschr. f. Sexualwiss. 9, S. 297.
111. *Pulvermacher, Th.* (Obernigk), Der Wesensgrund des hysterischen Charakters. Med. Klin., S. 867. (S. 147*.)
112. *Raab, Ludwig*, Beitrag zur Behandlung des Basedow. Münch. med. Wschr., S. 909. (S. 152*.)
113. *Rank* (Wien), Perversion und Neurose (Vortr.). Arch. gen. di neur., psich. e psicoan. 3, S. 76.
114. *Rehder, Hans* (Altona), Hypnoide Neurosen. Med. Klin., S. 976 u. 1262. (S. 148*.)
115. *Derselbe*, Die Hypnose als akuter hysterischer Affektreflex (Vortr.-Ber.). Münch. med. Wschr., S. 1033. (S. 148*.)
116. *Derselbe*, Der akute hysterische Affektreflex. a) Über den affektiven Reflexbogen. b) Massenhysterie. D. Z. f. Nervenheilk. 78, H. 3—5, 5—6. (S. 148*.)
117. *Reichardt* (Würzburg), *Rüdin, Wuth, Spielmeyer* (München), Der

gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung (Vortr.-Ber.). Münch. med. Wschr., S. 1423—4.

118. *Reichmann, Frieda* (Weißer Hirsch), Zur Soziologie der Neurosen (Vortr.-Ber.), A. Z. f. Psych. 80, 286.

119. *Reick* (Wien), Zur Psychoanalyse blasphemischer Ideen (Vortr.-Ber.). Arch. gen. di neur., psich. e psicoanal. 3, S. 76.

120. *Riggs, Austen Fox* (Stockbridge, Ma.), The psychoneuroses: Their nature and treatment. Americ. journ. of psych. 3, S. 91.

121. *Rochow, Georg* (Chemnitz), Epilepsia procursiva, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 83, S. 355. (S. 150*.)

122. *Römer, Karl* (Düsseldorf), Das Erb'sche Phänomen bei Epilepsie (hypoparathyreogene, spasmophile oder tetanische Epilepsie). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 84, S. 1. (S. 150*.)

123. *Rohde, Einar*, Traitement de l'épilepsie par le Luminal et par le Luminal conjointement au Bromure de calcium. Act. med. scand. 59, S. 362.

124. *Rosenberg, Maximilian* (Magdeburg), Die „dysovariale Depression des mittleren Lebensalters" und ihre Behandlung. Zschrt. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 83, S. 550. (S. 153*.)

125. *Derselbe*, „Kombinierte" Behandlung der genuinen Epilepsie und einige neuere Mittel derselben (Xifalmilch, Salnervin). Deutsche med. Wschr., S. 188. (S. 151*).

126. *Rosenfeld, M.* (Rostock), Zur Pathologie der Epilepsie (Vortr.-Ber.: Anatomische u. klinische Beziehungen der tuberösen Sklerose zur Epilepsie.) Münch. med. Wschr., S. 517.

127. *Rosett, Joshua*, The mechanism and fundamental cause of the epileptics. Arch. of n. and psych. 9, S. 689.

128. *Sahli, H.* (Bern), Über die Definition und das Wesen der sog. allgemeinen Neurosen (Nervosität, Neurasthenie und Hysterie). Schweizer med. Wschr., Nr. 1.

129. *Schilder, P.* (Wien), Zur Psychologie epileptischer Ausnahmezustände. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 81, S. 174.

130. *Schlesinger, H.* (Wien) Weitere Beiträge zur Klinik des intermittierenden Hinkens. D. Z. f. Nervenheilk. 77 H. 1—6. (S. 151*.)

131. *Schluna, Franz* (Sachsenberg), Beitrag zur Psychopathologie des Eunuchoidismus. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. 53, S. 323. (S. 153*.)

132. *Schmitz, Hans* (Rockwinkel), Psychogene Pseudogrippe. Psych.-n. W. 25, S. 69.

133. *Schneider, Kurt* (Köln), Die Daseinsweisen der Hysterie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 82, S. 275. (S. 147*.)

134. *Derselbe*, Die Kölner „Fürsorgestelle für Nervöse" im 1. Jahre ihres Bestehens. Ps.-n. W. 24, S. 330. (S. 147*.)

135. *Schönfeld, A.* (Brünn), Zur Epilepsiebehandlung durch Nebennierenreduktion. Psych.-n. W. 24, S. 330. (S. 150*.)

136. *Schultz, J. H.* (Jena), Neueres aus dem Hysteriegebiet. Erdg. d. ges. Med. (Brugsch) 4, S. 233.
137. *Derselbe* und *Frieda Reichmann*, Zur Psychopathologie des Asthma bronchiale. Deutsche med. Wschr., S. 1081. (S. 148*.)
138. *Siebert, Harald* (Libau), Über zerebellaren Symptomenkomplex bei Migräne. Münch. med. Wschr., S. 812. (S. 149*.)
139. *Siegmund, P. R.* (Danzig), Der Herzspitzenstoß bei Nervenkranken. A. Z. f. Psych. 79, S. 85.
140. *Sigg, E.* (Zürich), Zur Kasuistik des nervösen Tic. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 82, S. 279.
141. *Sjöbring, Henrik* (Upsala), Hysteric insufficiency and its constitutional basis. Acta med. scand. 59, S. 387.
142. *Sollier, Paul*, Onanisme et épilepsie chez des jeunes garcons et chez des blessés du cerveau. Journ. de méd. de Paris, S. 736.
143. *Steinthal* (Heidelberg), Zur Psychologie der Sozialneurosen (Vortr.-Ber.). Deutsche med. Wschr., S. 334.
144. *Stiefler, G.* (Linz), Erfahrungen über die Behandlung der Migräne mit Luminal (Vortr.-Ber.). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 33, S. 498. (S. 149*.)
145. *Stier, Ewald* (Berlin), Familiäre Leseschwäche (Vortr.-Ber.). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 31, S. 396.
146. *Strömme, Johs* (Kristiania), Zum Behandlungsmodus des Sado-Masochismus. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 82 S. 354.
147. *Strümpell A.* (Leipzig), Einige Gedanken über die Entwicklung und die ferneren Aufgaben der Neurologie. D. Z. f. Nervenheilk. 80, Vorwort.
148. *Stuurman, F. J.* (Santpoort), Ionentherapie bei Nervenkranken. Neu-Bladen, H. 3 u. 4.
149. *Derselbe*, Brom oder Luminal bei Epilepsie? Nederl. tijdschr. v. geneesk, H. 2. (S. 151*.)
150. *Taillens*, La ponction lombaire dans la chorée de Sydenham. Praxis no. 11, S. 1.
151. *Timme, Walter*, Some problems in epilepsy. Arch. of n. and psych. 9, S. 547.
152. *Traugott, Richard*, Die nervöse Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. 4. verb. Aufl. Leipzig, Kabitzsch.
153. *van Valkenburg, C. T.* (Amsterdam), Bleibende Herderscheinung (Hemianopsia) in einem Falle von „genuiner" Epilepsie. Nederl. tijdschr. v. geneesk., (I) S. 1412.
154. *Vollmer, Hermann* (Heidelberg), Zur Pathogenese der genuinen Epilepsie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 84, S. 546. (S. 149*.)
155. *Vorkastner, W.* (Greifswald), Über das Wesen hysterischer Sensibilitätstörungen. D. Z. f. d. ges. gerichtl. Med. 2, S. 523. (S. 148*.)
156. *Wallis, R. L. Mackenzie* and *Nicol, W. D.* (London), The Importance

of Protein Hypersensivity in the Diagnosis and Treatment of a Special-Group of Epileptics. Lancet, vol. 204, p. 741. (S. 151*.)

157. *Walter, F. K.* (Gehlsheim), Weitere Untersuchungen zur Pathologie und Physiologie der Zirbeldrüse. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 83, S. 411. (S. 153*.)

158. *Weiß, R. F.* (Erkner), Psychoneurotische Störungen bei Hyperthyreoidismus. Ein Beitrag zur Lehre von der endokrinen Neurose. Ztschr. f. klin. Med. 97, S. 366.

159. *Wiersma, E. D.* (Groningen), The psychology of epilepsy. Journ. of m. sc. 69, p. 482. (S. 150*.)

160. *Winter, F.* (München), Epilepsie und Menstruation. Münch. med. Wschr., S. 1172. (S. 151*.)

161. *Wulff, M.*, Über Irrealitätszustände (traumatische Zustände) bei Psychoneurotikern. (1922) Ztschr. f. Psychol., Neurol. u. Psych. 1. S. 186 (Russisch.)

162. *Zappert, J.* (Wien), Die Behandlung der Epilepsie bei kleinen Kindern. W. m. W., S. 828. (S. 151*.)

163. *Derselbe*, Über Neurosen des Kindesalters. Arch. f. Kinderheilk. 73, H. 2—3.

164. *Zimmermann, Fritz*, Dr. jur. (Bingen), Der Widerstand gegen die Heilung der Unfallneurosen. Ärztl. Sachv.-Ztg., S. 215.

165. *Zondek, H.* (Berlin), Über pluriglanduläre Insuffizienz. D. m. W., S. 339. (S. 152*.)

Über Einrichtung und befriedigende Ergebnisse der Kölner Fürsorgestelle für Nervöse berichtet *K. Schneider* (134).

Kollarits (73) konnte durch das von ihm beschriebene „Bewegungszeichen" (rein nervöse Schmerzen, Herzklopfen usw. bessern sich manchmal durch Bewegungen) oft auch beim Schwindel eine organische Grundlage der Störung ausschließen.

Kretschmer (75) untersucht in einer ungemein anregenden Abhandlung „den hysterischen Reaktionstypus als psychologisches und nervenphysiologisches Problem und zwar hineingestellt in einen größeren biologischen Gesamtrahmen". Auch wer des Verf.s frühere das Thema berührende Schriften kennt, wird dieser Untersuchung mit Genuß und Gewinn folgen. — *Pulvermacher* (111) läßt die hysterische Gemütsart auf dem Fehlen oder der mangelhaften Ausbildung des Charakters, d. h. eines festen Verhältnisses der psychischen Eigenschaften untereinander, beruhen und leitet hieraus die hysterischen Erscheinungen ab. — *Bumke* (16) führt die hysterische Konstitution auf Angst und Insuffizienzgefühl gegenüber dem Leben zurück; daher komme das Bedürfnis, mehr zu scheinen und zu erleben, als man fähig ist. — *Schneider* (133) betrachtet als hysterisch nach Ausschließung des hysterischen Charakters und psychogener Psychosen allein seelisch entstandene und seelisch festgehaltene körperliche Funktionsstörungen; hier unterscheidet er Reflex-, Ausdrucks- und Organhysterie. — *Carruthers* (19) findet, daß die Instinkte

der Selbsterniedrigung und der Selbstachtung, wie sie das menschliche Verhalten stark beeinflussen, auch die Wurzeln der Hysterie bilden; diese „biologische" Auffassung vertrage sich mit den Theorien von *Babinski*, *Janet* und *Freud* und bilde ein Bindeglied zwischen ihnen. — *Vorkastner* (155) erklärt hysterische Sensibilitätsherabsetzung oder -aufhebung z. T. durch Unaufmerksamkeit, z. T. durch gesteigerte Aufmerksamkeit, wodurch Empfindungen verändert und deshalb nicht als Empfindungen gewertet werden, z. T. durch affektive Absperrung und z. T. durch psychogene Abrundung organischer Sensibilitätsstörung nach oben. — *Löwenstein* (87) fand: 1. Zitterzustände hindern die Prüfung der psychomotorischen Hörreaktionen nicht, da als Hörreaktion Fortfall oder Verstärkung des Zitterns eintritt; 2. inhaltliches Hören kann beim hysterisch Tauben regelmäßig soweit festgestellt werden, als nicht organische Störungen mitwirken; 3. hysterischer Schwerhörigkeit oder Taubheit kommt ebensowenig wie andren hysterischen Erscheinungen ein unmittelbarer Krankheitswert zu. — *Kauders* (65) schildert hysterische Reaktionen, die — einander sehr ähnlich — unter dem Bilde des postencephalitischen Parkinsonismus verliefen, bei 2 affektstumpfen, passiven und bewegungsarmen Imbezillen. — *Rehder* (116) sucht durch Scheidung der „exogenen Komplexe" und des endogenen Angstkomplexes" sowie durch gegenseitige Beeinflussung von Affekt, Affektreflex und Suggestibilität hysterische Zustände zu erklären. Die gleiche Scheidung exogener von einem endogenen Komplex wendet er (114) auf die Hypnose an, deren klinische Erscheinungen er als akute hysterische Affektreflexe einer suggerierten Neurose anspricht. Vorbedingung zur Hypnose ist nach ihm (115) die Erweckung starker Affekte (mystische Seelenkraft des Hypnotiseurs, Milieu, hypnotrope Persuasion); durch die Affektladung werden im entscheidenden Augenblick körperliche Affektreflexe erzeugt, die für hypnotische Einwirkungen gehalten werden und den Glauben an Abhängigkeit erzeugen. Es wirken die gleichen psychologischen Mechanismen wie beim hysterischen Anfall.

Kafka (62) besserte nervöse Erschöpfungszustände mit verändertem Blutbild (hauptsächlich Hämoglobinveränderung, Vermehrung der Leukozyten, Verminderung der Dellenbildung der Roten, Lymphozytose) schnell durch subkutane Arsenbehandlung, langsamer aber dauernder durch Promonta (oder Arsenpromonta); am besten wechselt man mit beiden ab.

Marx (93) sah das erste Auftreten von Asthma bronchiale meist nach Atmungsstörungen durch schwere Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Bronchialdrüsen, Nasenstörung oder dgl. Scheinbar spontan oder nach an sich unbedeutenden seelischen Erregungen tritt dann bei Disponierten der erste Anfall ein, der erhöhte Krampfbereitschaft infolge jener Reize vorfindet und verstärkt zurückläßt. Weiterhin erzeugen Katarrhe oder seelische Erregungen Anfälle. Die Krampfbereitschaft zu beseitigen gelingt meist in Hypnose, wenn nicht Befehle, sondern Persuasion und ganz vorsichtige Suggestionen angewandt werden. Nur ausnahmsweise liegt eine Neurose im Sinne *Freuds* vor. — *Schultz* u. *Fr. Reichmann* (137) stimmen mit *Marx* im wesentlichen überein, betonen nur stärker die psychopathische Konstitution und finden häufiger einen sexuellen Konflikt als

auslösende Ursache der Asthmaerkrankung. — *Moos* (97) heilte 7 Fälle von Asthma bronchiale durch zeitraubende und mühevolle Psychoanalyse.

Legewie (81) berichtet über beginnende paranoide Schizophrenie bei einem Zwangsneurotiker.

Hattingberg (55) sieht die Schädlichkeit der Onanie in der psychischen Isolierung, die ihr mit der Neurose gemein sei, und die befestigt werde durch den „psychischen Oberbau", d. h. die Verbindung der Onanie mit Gefühlen, die in ihr Ausdruck und Befriedigung finden.

Fröschels (45) möchte mit *Höpfner* das Stottern als assoziative Aphasie auffassen und bezeichnen.

Siebert (138) fand bei einem schweren Migräneanfall ein ausgesprochen zerebellares Krankheitsbild: Schwindel, Nystagmus nach r., Ataxie beim Stehen und bei Gehversuchen, bei ungestörter Beweglichkeit in Rückenlage. — *Stiefler* (144) befriedigt bei der Migränebehandlung Luminal mehr als Brom.

Pohlisch (108) schildert auf Grund größeren Materials die Pyknolepsie als Symptom einer bestimmten Form von Psychopathie. Es sind meist lebhafte Kinder mit raschem Affektwechsel, intellektuell über dem Durchschnitt, ganz entgegengesetzt der psychischen Veränderung bei Epilepsie. Meist war die Erziehung verweichlichend, fast zur Hälfte waren es einzige Kinder. Gegen Pyknolepsie und für Epilepsie sprechen polymorphe Anfälle, besonders solche mit motorischen Reizerscheinungen, Aurageführen und psychischen Veränderungen im Anschluß an den einzelnen Anfall, Anfalläquivalente aller Art, Anfälle aus dem Schlaf heraus, vereinzelte und unregelmäßige Absenzen und Besserung durch Brom.

Krisch (76) gibt eine „biologische" Einteilung der Epilepsien: 1. solche überwiegend auf erblich-idioplasmatischer Grundlage, 2. rein exogen ausgelöste E. (Toxine, Trauma, Druck, z. B. Alkoholepil., Eklampsie), 3. Mischung endogener und exogener Faktoren (z. B. manisch-depressive Veranlagung + traumatische E. oder epil. Veranlagung + Schädeltrauma), 4. ein Sichkreuzen zweier endogener, sonst autonomer Reihen (z. B. idioplasmatische E. auf psychopathischer Basis). — *Geillin* (47) erklärt in ansprechender Weise die epileptischen Erscheinungen durch direkte oder vasomotorisch vermittelte Einwirkung eines Giftes auf eine organisch minderwertige Gehirnrinde und die Verschiedenartigkeit derselben durch die verschiedene Lage der veränderten und reizbareren Nervenzellen teils in der motorischen, sensiblen oder sonstigen Rinde, teils in infrakortikalen Zentren. — *Bisgaard* und *Norwig* (10) fanden Ammoniak im Blute vor epil. Anfällen und deren psychischen Äquivalenten stark erhöht, nachher erniedrigt, und nehmen an, daß Unregelmäßigkeiten im Abbau und in der Ausscheidung von Eiweißstoffen an der Entstehung der Anfälle beteiligt sind; möglicherweise werde die genuine E. sich als Hypoparathyreoidismus erweisen. — *Brühl* (14) bringt weitere blutchemische Untersuchungen zur Pathologie des epil. Krampfanfalls. — Nach *Vollmers* (154) Untersuchungen des Urins und des Blutzuckers besteht vor dem epil. Anfall eine Alkalose, nach dem Anfall eine Azidose des Blutes. Die für Tetanie charakteristische Vermehrung der Blutphosphate und Verminderung des Blutkalks fehlt bei E. vor dem Anfall. *V.* sieht nun im e. Anfall eine Art Selbstheilung, indem durch

Phosphatausschwemmung aus den Muskeln die bis dahin zunehmende und das ZNS. erregende Alkalose beseitigt wird. — Im Hinblick auf die Beziehungen der E. zur Tetanie untersuchte *Römer* (122) die galvanische Erregbarkeit von 250 Epileptikern und fand sie bei 16% gesteigert. Daraus schließt er, daß bei diesen ein Hypoparathyreoidismus Kalkverarmung und damit Übererregbarkeit des NS.s und so auch des Gehirns herbeiführe, und daß sich so die Erfolge der Kalziumtherapie bei manchen E. erklären. — *Focher* (37 u. 38) erhält durch Schwellenwertbestimmung der Auffassung von Doppelreizen mittelst Ästhesiometers bei organischen Nervenleiden häufig und bei genuiner E. in ca. 30% eine Reaktion, die bei Gesunden nie vorkommt. Diese näher beschriebene Asymmetrie des *Weber*schen Raumsinns sei bei Ausschluß anderer Nervenerkrankung ein sicheres Zeichen der genuinen E. — Nach *Guidi* (53) können in manchen Fällen von E. Pilokarpininjektionen dadurch, daß sie bestehendes Zittern, Reflexe, Tonus usw. einseitig verstärken, Hirnschädigungen aufdecken. — *Marchand* (92) bespricht die in seltenen Fällen schwierige Differentialdiagnose zwischen E. u. progr. Par., sowie die Möglichkeit, daß beide denselben Menschen befallen. Nach ihm (91) kommt es bei Krämpfen infolge von Eingeweidewürmern, die im allgemeinen mit E. nichts zu tun haben, doch vor, daß die Krämpfe der Ausdruck einer durch Eingeweidewürmertoxine hervorgerufenen meningitischen Reizung sind, die besonders da, wo zugleich Lymphozytose besteht, epil. Veränderung hinterlassen kann. — *Wiersma* (159) findet, daß vom psychologischen Standpunkt aus Erschwerung der Wahrnehmung, die er mit tieferem Bewußtseinsstande gleichsetzt, die Grundstörung bei E. darstellt, von der sowohl die e. Erscheinungen wie die e. Charaktereigentümlichkeiten abhängen, und sucht dies dadurch nachzuweisen, daß bei Einschränkung oder Verlust des Bewußtseins (resp. Erschwerung der Wahrnehmung) bei Nicht-Epileptikern dieselben Erscheinungen und Eigentümlichkeiten, nur in geringerer Stärke oder Häufigkeit, sich zeigen wie bei E., und daß e. Anfälle bisweilen durch scharfe Anspannung der Aufmerksamkeit vermieden werden können. Brom wirke durch Erhöhung der Wahrnehmungsfähigkeit. — *Kogerer* (72) sah in 2 Fällen von tb. Meningitis mit terminalen e. Anfällen dieselben akuten Ammonshornveränderungen wie 2 Jahre früher bei einem im status gestorbenen Epileptiker und folgert, daß Ammonshorn und fascia dentata auf krampferregende Ursachen empfindlicher reagieren als die übrigen Rindenteile. — *Rockow* beschreibt (121) einen bemerkenswerten Fall von E. procursiva; Pat. stürmte während der zahlreichen Anfälle, zwischen denen auch regelrechte Krampfanfälle beobachtet wurden, blind jedesmal in der Richtung auf den Abort los. Während der Aura bestanden unangenehme Empfindungen im Epigastrium und Urindrang. — Die Ergebnisse *Kerstens* (67) über Amylnitritkrämpfe bei Kaninchen stimmen mit denen *H.* und *J. Fischers* und *Brünings* überein. — *Küttner* und *Wollenberg* (78) kommen auf Grund von 4 Fällen zum Urteil, daß der Versuch, E. durch Nebennierenoperation zu heilen, vollständig gescheitert sei. Leidliche Erfolge hatte dagegen *Kutscha-Lißberg* (79). Er rät, falls keine organische Erkrankung des CNS.s vorherging und das 30. Lebensjahr nicht überschritten ist, die Nebennierenreduktion in Erwägung zu ziehen, besonders, wenn die Anfälle durch Affekt auslösbar sind. — *Schönfeld*

(135) sah in 10 Fällen keine dauernde Besserung der Krämpfe dadurch. — *Fränkel* (42) heilte eine längere bestehende E., deren Anfälle auf die Zeit des Eintritts der Menses beschränkt waren, durch Röntgenbestrahlung der Ovarien. — Bei 4 Epileptikerinnen, deren Anfälle hauptsächlich in der Periodenzeit auftraten, erreichte *Winter* (160) durch temporäre Kastration vermittelst Röntgenbestrahlung guten Erfolg. — *Wallis* und *Nicol* (156) beobachteten, daß bei manchen Epileptikern eine besondere Hautreaktion nach Einimpfen bestimmter Eiweißarten entsteht, und daß man dann die Anfälle beseitigen kann, indem man die betr. Eiweißarten von der Nahrung ausschließt. — *Zappert* (162) wendet bei Kindern hauptsächlich Luminal, dann Sedobrol an. — *Stuurman* (149) fand keinen erheblichen Unterschied in der Wirkung von Brom und Luminal auf die Anfälle der E. (Brom in zehn mal größerer Dosis als Lum.) und benutzt daher meist das billigere Brom. — *Rosenberg* empfiehlt (125) Brom mit Wildunger Wasser oder, was billiger ist, in Form von Salnervin zu geben, um zugleich die Sekretion anzuregen und „das Nervengewebe unter fließendes statt stehendes Brom zu setzen". Xifalmilch injiziert er an 2 aufeinander folgenden Tagen je 2—5 ccm, pausiert dann 8 Tage und setzt diese „paarweisen Injektionen" alle 8 Tage fort, aber nicht vor erwarteten Anfällen; der Xifalmilchbehandlung läßt er eine 2—4 wöchige Brom-Luminalbehandlung vorausgehen. — *Forster* (40) rät zur Sympathektomie bei solchen E., bei denen angiospastische Symptome mit Schwindelanfällen und vorübergehenden Lähmungen auftreten. — *Diem* (30) hält nur dann traumatische E. für vorliegend, wenn erbliche Belastung, Alkoholismus und epil. Charakter keinen genügenden Anhaltspunkt für spontanen Ausbruch der E. bilden, den dann der Unfall erleichtert haben kann.

Als ätiologisch bedeutungsvoll für intermittierendes Hinken sieht *Schlesinger* (130) außer Tabakabusus (später Tabakintoleranz) traumatische Schädigungen und Lues an, als auslösende Ursache neben Überanstrengung Unterernährung und hohes Alter, als klinisch bemerkenswert fibrilläre Zuckungen in der kleinen Fußmuskulatur und Abänderung vasomotorischer Reflexe, z. B. nach Strychnininjektion Rötung und Erwärmung der erkrankten Extremität. — *Idelson* (59) macht außerdem auf die Verbindung mit Hemiplegien sowie Depressionszuständen aufmerksam.

Kleine (69) schließt aus 18 Fällen zerebraler Hemiplegie, daß ein kortikales Blasenzentrum beiderseitig im Parazentrallappen in der Gegend des Fußzentrums liegt, und daß Retentionserscheinungen, Erschwerung des willkürlichen Urinierens, Blasenautomatie oder permanente Inkontinenz nur dann auftreten, wenn beide Seiten geschädigt oder zerstört sind oder die Bahnen beider gelitten haben.

Lewy (84) faßt die Veränderung bei Huntingtonscher Chorea als allgemeine hereditäre degenerative Erkrankung des ZNS.s mit bevorzugter Lokalisation in den kleinen Ganglienzellen des Neostriatum auf. Bei gleicher Lokalisation unterscheiden sich histologisch von ihr die nicht hereditäre chronische Ch. und die Sydenhamsche Ch. — *Globus* (48) fand bei diphtheritischer Allgemeininfektion mit symptomatischer Chorea schwere toxische Parenchymveränderung im Striatum, die aber die großen und kleinen Zellen gleichmäßig betraf. — *Meggendorfer* (94), der bei

Huntingtonscher Ch. die verlangsamte Auffassung, erschwerte Aufmerksamkeit, schwerfällige Antworten, Perseveration, wechselnde Merkfähigkeitstörung hervorhebt, führt diese psychischen Störungen vor allem auf die Folgen der unwillkürlichen Bewegungen und auf eine Erschwerung der Verknüpfung von psychischen Elementen verschiedener Art zurück und weist auf die Übereinstimmung mit den anatomischen Befunden im corp. striat. und den unteren Schichten der Hirnrinde hin, deren mutmaßliche Zusammengehörigkeit auch die klare Vererbung erklären könne. Schon vor dem Ausbruch der Ch. lasse sich die Minderwertigkeit des ZNS.s nachweisen in Reizbarkeit und Erregbarkeit, geschlechtlichen und alkoholischen Ausschweifungen und asozialem Verhalten, so daß Nachkommen von Huntington-Kranken, die solche Züge aufweisen, als Träger der Anlage mit einiger Wahrscheinlichkeit gelten können. Die Abhandlung bringt 11 neue Huntingtonfamilien. — *Mann* (89) fand in 2 Fällen von Huntingtonscher Ch. ausschließliche Zwerchfellatmung und deutliche Atrophie der oberen Thoraxmuskulatur. — Im Gegensatz zur Empfehlung von *Luce* und *Feigl* sah *Bernuth* (6) keine wesentliche Besserung der Ch. minor durch Luminal, wohl aber bei Kindern häufig Luminalexanthem. — *Esau* (32) beobachtete bei Behandlung mit Stauungshyperämie wesentlich kürzeren Verlauf der Ch. minor.

Mohr (95) erörtert die psychische Einwirkung auf Pubertät, Chlorose, Menstruation, unstillbares Erbrechen der Schwangeren, Diabetes usw. durch Vermittlung endokriner Drüsentätigkeit. — *Zondek* (165) handelt kurz, aber lehrreich über pluriglanduläre Insuffizienz unter Beibringung einiger Krankengeschichten, meist mit anatom. Befund. — *Hirsch* (56) teilt 2 länger beobachtete und anatomisch bestätigte Fälle von multipler Blutdrüsenerkrankung bei Luikern mit, in denen ein eigenartiges Gemisch von Späteunuchoidismus, Hypothyreoidismus und hypophysärer Schwäche bei depressiv-apathischer Stimmungslage das Krankheitsbild beherrschte, und möchte als „pluriglanduläre Insuffizienz" nur solche ausgesprochenen Fälle gelten lassen. — *Goldscheider* (49) bespricht die Basedowsche Krankheit und nimmt mit vorsichtiger Kritik Stellung zu den vielen hierbei auftauchenden Fragen. — *Deutsch* (29) beobachtete bei 4 im selben Hause wohnenden Frauen nach einander Morb. Bas. mit angstneurotischen Erscheinungen und nimmt psychische Beeinflussung an; alle 4 neurotisch veranlagt, in unglücklicher Ehe, und 3 in Sorge, wie ihre Vorgängerin zu erkranken. — Nach *Oswald* (103) bewirkt Schilddrüsensekret stärkere Ansprechbarkeit des NS.s auf äußere und innere Reize, reizt aber nicht direkt. Der Nervengesunde reagiert darauf kaum, bei überreiztem, labilem NS. dagegen wird dadurch die Ansprechbarkeit weiter gesteigert, so daß physiologische Reize pathologische Wirkungen haben. — *Raab* (112) empfiehlt bei Bas. subkutane Antithyroidineinspritzungen, durch die eine Operation vermieden werden könne. — *Curschmann* (26) macht u. a. auf die depressive Übererregbarkeit bei Adipositas dolorosa und auf die häufige Heilbarkeit durch Thyreoidin aufmerksam. — *Fahr* (33) schließt aus 2 Fällen von schleichender Thyreoiditis, bei denen körperliche Erscheinungen von Myxödem auftraten, daß stürmischerer Ablauf der Thyreoiditis prognostisch günstiger ist, weil er eher Aufmerksamkeit erregt und zur Schilddrüsenfütterung führt, bevor die ganze Drüse verödet

und auch die Nebennieren beteiligt sind. — *Bergmann* (3) behandelte 2 Fälle echter Paralysis agitans und 4 Fälle von P. a. nach Encephalitis epidemica erfolglos mit Kalbsepithelkörperchen. — *Birk* (9) hält 3 Teilwirkungen des Thymusinkrets für erwiesen: Förderung des Wachstums, Hypotonisierung des Herzens, Anregung der Lymphozytenbildung oder wenigstens -ausschwemmung; wahrscheinlich gemacht sei noch eine vierte, die entgiftende Wirkung. — *Walter* (157) begründet ausführlich seine Auffassung von Bau und Verrichtung der Zirbeldrüse, besonders die Ablehnung ihrer sekretorischen Funktion und die Aufstellung einer die intrakranielle Zirkulation regelnden Funktion derselben. — *Büchler* (15) beobachtete im Verlauf von Hypophysenerkrankungen das Auftreten von einfacher Depression, Schizophrenie, enzephalopathischer (meist gummöser) Psychose, innersekretorischer Oligophrenie, hypophysärer Demenz und seniler Demenz und konnte die Erscheinungen z. T. durch Organtherapie beseitigen. — *Knipping* (71) fand bei Fettsucht mit und ohne Herabsetzung der Genitalfunktion die Steigerung des Gaswechsels nach der Nahrungsaufnahme abnorm gering, konnte ihn aber durch Darreichung von Präphyson (Präparat aus Hypophysenvorderlappen) erhöhen. Da auch bei hypophysärer Kachexie und bei Zwergwuchs, sowie bei Hunden, denen der Vorderlappen der Hypophyse teilweis zerstört war, die Gaswechselsteigerung nach Nahrungseinnahme sich niedriger fand, folgert *Kn.*, daß die Hypophyse auf den Stoffwechsel einwirkt, und daß bei Fehlen dieser Wirkung Fettsucht entsteht. — *Kämmerer* und *Lorber* (61) beschreiben 5 Fälle von zerebralen Reizerscheinungen, besonders Kopfschmerzen, Schwindel und Sausen bis zu Ohnmachtzuständen in Verbindung mit Störungen, die sie (ohne Nekropsie) als Zwischenhirnaffektionen zu deuten geneigt sind, und die zumal die Genitalsphäre und den Fett- oder Wasserstoffwechsel betreffen. — *Rosenberg* (124) hebt als „dysovariale Depressionen des mittleren Lebensalters" solche zwischen dem 25. und 35. Lebensjahre mit schwachen oder fehlenden Menses heraus und behandelt sie erfolgreich mit Ovarialtabletten. — *Fränkel* (41) wendet sich gegen *H. Fischers* Aufstellung eines abgrenzbaren psychopathologischen Typus der Eunuchoiden und schildert 6 eigene Fälle, aus denen sich eine große Verschiedenheit der seelischen Struktur ergebe. — *Fischer* (34) setzt überzeugend auseinander, daß *Fr.s* Fälle keineswegs gegen die Einheitlichkeit des Eunuchoidencharakters sprechen, daß aber *Fr.s* Material, das ältere Eunuchoiden umfaßt, als ihm (*Fi.*) zu Gebote standen, zu einer Prüfung der Frage dienen kann, wie Altersvorgänge ohne Geschlechtsdrüseninvolution sich gestalten. — *Schlund* (131) findet an 2 eigenen Fällen die Angaben *H. Fischers* über den Charakter der Eunuchoiden und die Beziehungen des Eunuchoidismus zur Epilepsie bestätigt. — *Mott* (98) fand bei Dem. praec. die Suprarenaldrüsen im allgemeinen (bisweilen verdeckt durch fibröse Hyperplasie) kleiner und leichter und bei Dem. paral. schwerer und größer als bei sonstigen Geisteskranken und bei Tuberkulösen. Die Veränderung betraf besonders das Mark.

8. Anstaltwesen und Statistik.

Ref.: O. Snell-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Aichhorn, August* (Wien), Über die Erziehung in Besserungsanstalten. Imago Bd. 9, S. 189.
2. *Befani, G. C.* Reclutamento, conferma educazione degli infermieri nei manicomi e loro distribuzione ai varii servizii. Rassegna di stud. psich. vol. 12, fasc. 1, p. 69.
3. *Bertolani del Rio, Maria* (Reggio Emilia), La „colonia-scuola Antonio Marro" nell'istituto psichiatrico di Reggio Emilia. Riv. di psicol. vol. 19, p. 154.
4. *Bresler, Joh.* (Kreuzburg), Das Marienheim (Kreuzburg, O.-Schles.) und seine Bedeutung für die Nervenheilstättenbewegung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 15/16, S. 99.
5. *Caussade, H.* et *A. Marie* (Paris), A propos des services ouverts pour mentaux. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Vol. 39, p. 1581. (S. 156*.)
6. *Courbon, Paul*, Du siège des services ouverts de psychiatrie. Hôpital où asile? Encéphale no. 5, suppl. p. 105.
7. *Dannemann* (Heppenheim). Irrenärztlicher Erholungsurlaub. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 1—2, S. 7.
8. *Daspit, Henry* (New Orleans), What the State is not doing for its mentally diseased. New-Orleans med. and surg. journal vol. 76, no. 3.
9. *Eneström, Hjalmar*, Ein Beitrag zur Frage der Pflege gemeingefährlicher Geisteskranker. Svenska läkaretidn. Ann. 20, no. 16, S. 367.
10. *Fallhauser, Valentin* (Erlangen), Geisteskrankenpflege. Ein Lehr- und Handbuch zum Unterricht und Selbstunterricht zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung. Halle a. S., C. Marhold. 164 S. (S. 156*.)
11. *Foscarini, Ezio*, Per l'isolamento e la cura degli alienati tubercolosi nei manicomi italiani. Note e riv. di psichiatr. vol. 11, p. 549.
12. *Göransson, Ernst*, Welche Reformen des Irrenpflegewesens erscheinen zeitgemäß? Svenska läkartidn. Ann. 20, no. 18, S. 403. (Schwed.)
13. *Groß, Adolf* (Konstanz), Zeitgemäße Betrachtungen zum wirtschaftlichen Betrieb der Irrenanstalten. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1/2, S. 60.
14. *Haardt, K.* (Emmendingen), Die Arbeitstherapie der Badischen Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1/2, S. 47.
15. *Heldt, Thomas H.*, Some important factors in the hospital treatment of psychoneurotic ex-service men. American journal of psych. vol. 2, no. 4, p. 647.

16. *Henderson* and *Gillespie* (Gartnavel Glasgow U. S.), A review of service patients in an mental hospital. American journ. of psych. vol. 3, no. 1, p. 13.
17. *Herting* (Galkhausen), Alt-Scherbitz. (Festschrift Albrecht Paetz.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1/2, S. 1.
18. *Hofmann*, *Moriz*, Die Irrenfürsorge im alten Spital und Irrenhaus Zürichs im 19. Jahrhundert bis zur Eröffnung der Heilanstalt Burghölzli. Zürich, Rascher & Co. 1922. 85 S. 4,50 Fr.
19. *Holmström*, *Ruben*, Verbesserte Irrenpflege. Svenska läkartidningen Jg. 20, S. 581. (Schwedisch.)
20. *Illert*, *Ernst* (Goddelau), Bericht über die Tätigkeit des staatlichen Laboratoriums an der hessischen Heil- und Pflege-Anstalt „Philippshospital" bei Goddelau in der Zeit vom 1. Januar 1921 bis 30. Juni 1922. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 43—44, S. 287.
21. *Lazar*, *Erwin* (Wien), Die heilpädogische Abteilung der Kinderklinik in Wien. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, S. 161.
22. *Luxemburger*, *Hans* (Eglfing), Die psychiatrische Abteilung einer Fürsorgeerziehungsanstalt. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17—18, S. 107.
23. *Mainzer*, Zur Organisation der ärztlichen Beobachtung von Schützlingen der Erziehungsfürsorge in Städten. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, S. 175.
24. *Michalek*, *Eduard*, Geisteskrankenfürsorge. Věstník česk. lék. ann. 35, no. 37, S. 517.
25. *Philipps*, *J. G. P.*, The early treatment of mental disorder: a critical survey of outpatient clinics. Journ. of mental science, vol. 69, p. 471.
26. *Plant*, *James S.*, Further report on nurses' conduct scheme. Americ. journ. of psychiatr. vol. 2, p. 593.
27. *Porot*, *A.*, Résultats d'une expérience de „service ouvert" pour psychopathes en Tunisie. Encéphale vol. 18, p. 111.
28. *Rodiet*, *A.*, Le médecin d'asile et les familles d'aliénés. Ann. méd.-psych. vol. 2, p. 333. (S. 157*.)
29. *Saunders*, *A. P.* (Chicago), Beschäftigungstherapie der Geisteskranken in Illinois. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 86, S. 222.
30. *Scarpini*, *Vincenzo* (Siena), Osservazioni sul funzionamento delle infermerie nel triennio 1920—22 e considerazioni generali sulla cura delle malattie fisiche negli alienati. Rass. di studi psichiatr. vol. 12, p. 500.
31. *Schade*, *H.*, Behandlung Geisteskranker in früherer Zeit. Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Bd. 67, S. 1643. (Holländisch.)
32. *Schmidt*, *Karl* (Alt-Scherbitz), Die Gründung und weitere Entwicklung der Landesheilanstalt Alt-Scherbitz. (Festschrift Albrecht Paetz.) Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1/2, S. 6.

33. *Schwabe* (Plauen), Die Organisation der öffentlichen Fürsorge für Geisteskranke in Plauen. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 5/6, S. 27.
34. *Shaw, B. H.*, Infection in mental hospitals, with special reference to floor treatment. Journ. of mental science vol. 69, p. 24.
35. *Stuurman, F. J.* (Santpoort in Holland), Schwierigkeiten in der holländischen Irrenpflege. Psych.-neurol. Wschr. Bd. 24, Nr. 37—38, S. 211. (S. 156*.)
36. *Villinger, Werner*, Die Kinderabteilung der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Encephalitis epidemica und zur sozialen Psychiatrie. Ztschr. f. Kinderforsch. Bd. 28, S. 128.
37. *Weber* (Chemnitz), Fürsorge für sozial Unzulängliche innerhalb und außerhalb der Anstalten. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 17—18, S. 112.

Fallhauser (10) sagt in dem Vorwort seiner „Geisteskrankenpflege", das Buch solle nicht den in demselben Verlage erschienenen „ausgezeichneten, unübertroffenen Leitfaden von Scholz" bei der Abhaltung von Ausbildungskursen für das Pflegepersonal ersetzen, sondern es solle ihn lediglich ergänzen. Die rein körperliche Krankenpflege ist völlig unberücksichtigt gelassen. Dagegen sind die psychiatrischen Fragen ausführlich behandelt, zuweilen so eingehend, daß man verschiedener Meinung sein kann, ob es nützlich ist, das Pflegepersonal so weit in schwierige Entscheidungen einzuweihen. So wird zum Beispiel über den Unterschied des epileptischen Krampfanfalles von dem hysterischen mehrere Seiten lang verhandelt, wobei allerdings betont wird, daß die endgültige Entscheidung dem Arzte vorbehalten bleiben müsse. Bei der rasch zunehmenden Bedeutung, die dem Unterrichte des Pflegepersonales, schon wegen der Forderung der nachgewiesenen Fachausbildung als Vorbedingung für das Aufrücken in höhere Gehaltsgruppen, zugesprochen wird, darf der vorliegende Leitfaden auf weite Verbreitung rechnen.

Caussade und *Marie* (5) schlagen vor, mit den großen Hospitälern neurologisch-psychiatrische Abteilungen zu verbinden. Sie wollen den Kranken auf diese Weise einerseits die Überführung in eine Irrenanstalt ersparen, andererseits ihnen die spezialärztliche Behandlung der großen Krankenhäuser zusichern. Von 113 Kranken, die in dem Zeitraum von 26 Monaten behandelt wurden, brauchten nur 29 in Irrenanstalten überführt zu werden. 19 starben.

Stuurman (35) liefert einen Selbstbericht über seine in dem holländischen „Weekblad vor Gemeentebelangen", Mai 1923 erschienenen Aufsatz „Wie soll man an der Irrenpflege ersparen?" Es hat etwas Tröstliches für uns, zu sehen, daß auch in Holland die Lage der Irrenanstalten und damit auch der Irrenärzte viel schwieriger geworden ist als sie vor dem Kriege war. Die Kosten der Irrenpflege sind erheblich gestiegen. Vor dem Jahre 1914 kostete die Unterhaltung eines Kranken jährlich 300 Gulden, jetzt 800 bis 1000 Gulden in den privaten und bis zu 1600 Gulden in den öffentlichen Anstalten. Das hat zu allerlei wunderlichen Sparvorschlägen geführt, von denen der bedenklichste ist, man solle die Aufnahmen in die Anstalten auf die allernotwendigsten beschränken.

Rodiet (28) klagt über die Unzuverlässigkeit der anamnestischen Angaben, die man von den Angehörigen der Kranken erhält, besonders auf Grund von schriftlichen Fragebogen. Die Angaben, die gemacht werden, um die Aufnahme der Kranken in die Anstalt zu begründen, weichen zuweilen in merkwürdiger Weise von denen ab, die man, vielleicht schon nach kurzer Zeit, zu hören bekommt, wenn die Angehörigen ihren Kranken aus der Anstalt wieder entlassen haben wollen.

II. Anstaltsberichte.

1. Bernische kantonale Irren-Anstalten Waldau, Münsingen und Bellelay. Bericht für 1922. (S. 157*.)
2. Burghölzli, Zürcherische kantonale Heilanstalt. Bericht für 1922. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler*. (S. 158*.)
3. Münsterlingen, Thurgauische Irrenanstalt. Bericht für 1922. Dir.: Dr. *Wille*. (S. 158*.)
4. Realta (Chur), kantonales Asyl. Bericht für 1922. (S. 158*.)
5. Rosegg (Solothurn), kantonale Heil- und Pflegeanstalt, und Pflegeheim Fridau. Bericht für 1922. Dir.: Dr. *Greppin*. (S. 158*.)
6. Santiago de Chile. Casa de orates. Bericht für 1922. Dir.: Dr. *Letelier-G.* (S. 159*.)
7. Valeriusplein te Amsterdam. Psychiatrische en Neurologische Klinick. Bericht f. 1922. Dir.: Prof. *L. Bouman*. (S. 159*.)
8. *Waldhaus* (Chur), kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht für 1922. Dir.: Prof. Dr. *Jörger*. (S. 159*.)
9. Wil (St. Gallen), kantonales Asyl. Bericht f. 1922. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 159*.)
10. Westfälische Prov. Heilanstalten. Bericht für 1922 u. 23. (S. 160*.)

Bernische Kantonale Anstalten (1) I. Waldau: Anfangsbestand 853 (420 M. 433 Fr.). Zugang 155 (86 M. 69 Fr.). Abgang 148 (81 M. 67 Fr.). Bleibt Bestand 860 (425 M. 435 Fr.), in Familienpflege 6 M. 5 Fr. Krankheitsformen der Aufgenommenen: Angeborene Störungen 5 (3. 2), Konstitutionelle 12 (6. 6), erworbene einfache Störungen 88 (38. 50), davon Verblödungsformen 66 (29. 37); paralytische, senile, organische Störungen 16 (9. 7), epileptische 5 (4. 1), Intoxikationspsychose auf alkoholischer Basis 24 (21. 3), Morphinismus 3 M. 1 Fr. Strafrechtlich begutachtet 15 M. 5 Fr. Nicht geisteskrank 5 M. 1 Fr. Entlassen genesen 13 (5. 8). Todesfälle 43, in % des Gesamtbestandes 3,8% M., 4,8% Fr. — II. Münsingen: Anfangsbestand 844 (409 M. 435 Fr.). Zugang 182 (94 M. 88 Fr.). Abgang 170 (92 M. 78 Fr.). Bleibt Bestand 856 (411 M. 445 Fr.), in Familienpflege 6 M. 4 Fr. Krankheitsformen der Aufgenommenen: Angeborene Störungen, Schwachsinn, Blödsinn, 4 M. 2 Fr., Konstitutionelle Störungen 48 (28. 20), erworbene einfache 90 (40. 50), organische 21 (9. 12), epileptische 5 (3. 2), Intoxikationspsychosen 8 (7. 1). Nicht geisteskrank, Untersuchungsfälle 3 M. 1 F. Erbliche Belastung bei 54% der Aufgenommenen. Entlassen, geheilt,

gebessert 32 M. 34 Fr. = 7% des Gesamtbestandes. Gestorben 5,9% der Verpflegten. — III. Bellelay: Anfangsbestand 340 (141 M. 199 Fr.). Zugang 53 (32 M. 21 Fr.). Abgang 44 (28 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 349 (145 M. 204 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: Idiotie, Imbezillität, Kretinismus 11 (7. 4), Konstitutionelle Psychosen 3 (2. 1), einfache erworbene 20 (11. 9), organische 14 (7. 7), epileptische 1. Nicht geisteskrank 4. Erblichkeit bei 16 Fr. 20 M., Alkoholbelastung bei 19 M. 9 Fr. Zur Beobachtung strafrechtlich eingewiesen 7 Pers. Entlassen gebessert 14 (8. 6). Gestorben 25 (15. 10), davon infolge Th. 8.

Burghölzli (2): Anfangsbestand 389 (211 M. 178 Fr.). Aufnahmen 734 (432 M. 302 Fr.). Abgang 734 (427 M. 307 Fr.). Bleibt Bestand 389 (216 M. 173 Fr.). Diagnosen der frischen Aufnahmen, 543 P., angeborene Psychosen 26 (19. 7); Konstitutionelle 42 (26. 16), davon Psychopathie 25 (19. 6); erworbene idiopathische Psychosen: a) manisch-depr. Formen 14 (5. 9), b) Schizophrenien 218 (95. 123), c) andere Formen 28 (15. 13); organ. Psychosen 64 (43. 21), davon progr. Paralyse 29 (22. 7), postencephalitische Störungen 2; Epilepsie 16 (11. 5); Intoxikationspsychosen 118 (102. 16) bis auf 5 Kokainismus auf alkoholischer Grundlage (Zahl der wegen Trunksucht aufgenommenen immer noch steigend, Prozentsatz der reinen Alkoholschädigungen bei M. 25,6%, Fr. 7,2%, im Vorjahre 23,6 u. 5,3%). Nicht geisteskrank 17. Zur Begutachtung, strafgerichtlich eingewiesen 8. Geheilt, gebessert entlassen 54% des ges. Abgangs. Militärpatienten z. T. zur Beobachtung 65. — Poliklinischer Dienst: Sprechstunden besucht von 891 frischen Patienten, Gesamtfrequenz 1190 Pers. 62 Gutachten und ausführl. Berichte insgesamt 181 Fälle. — Kinderhaus Stephansburg, eröffnet im Vorjahre, belegt mit 22 (16 Kn. 6 Mädchen). Aufnahmen 1922: 67 (52. 15). Abgang 68 (52. 16). Bleibt Bestand 21 (16. 5).

Münsterlingen (3): Anfangsbestand 450 (178 M. 272 Fr.). Zugang 191 (101 M. 90 Fr.). Abgang 188 (96 M. 92 Fr.). Bleibt Bestand 453 (183 M. 270 Fr.). Krankheitsformen der Aufgenommenen: angeborene Psychosen 16 (6. 10), Konstitutionelle 41 (17. 24), erworbene einfache Störungen a) Verblödungsformen 78 (38. 40), b) manisch-depr. Irresein 8 (1. 7), c) Paranoia 1 Fr.; organ. Psychosen 25 (14. 11), epileptische 6 (4. 2), Intoxikationspsychosen auf alkoholischer Basis 22 (20. 2), andere Delirien 3 (1. 2). Nicht geisteskrank 9 (6. 3). Geheilt, gebessert entlassen 106 (57. 49). Gestorben 45 (19. 26).

Realta (4): Anfangsbestand 352 (189 M. 163 Fr.). Zugang 154 (98 M. 56 Fr.). Abgang 189 (115 M. 71 Fr.). Bleibt Bestand 317 (172 M. 145 Fr.). Krankheitsformen der aufgenommenen Geisteskranken (74): Oligophrenieen 17 (9. 8), konstitutionelle Psychosen 6 (2. 4), endogene Psychosen 24 (6. 18), davon schizophrene Formen 15 (5. 10); organische Psychosen 14 (11. 3), Intoxikationspsychosen 12 (10. 2), davon alkohol. 11. Zur Beobachtung 1 Pers. Psychiatrische Gutachten 3. Entlassen geheilt, gebessert 21 (12. 9). Gestorben 19 (8. 11). In der Abt. für körperlich Kranke verpflegt 122 P. Gesamtbestand der Korrektionsabt. 122, fast alle Alkoholiker; in der Irrenabt. 11, bei den Körperkranken 2 Alkoholiker.

Rosegg u. Fridau (5): Anfangsbestand 457 (228 M. 229 Fr.). Zugang 122 (71. 51). Abgang 91 (47. 44). Bleibt Bestand 488 (252. 236), davon in Fridau

78 (33. 45). Von den Aufgenommenen litten an angeborener Geistesstörung 5 (4 M. 1 Fr.), konstitutioneller 3 M., erworbener einfacher 60 (25. 35), epileptischer 5 M. 1 Fr., organischer 3. 2, paralytischer 4. 1, seniler 24 (13. 11), alkoholischer 9. 2; nicht geisteskrank 3 M. Erbliche Belastung bei erstmals Aufgenommenen (107) insges. 72. Entlassen geheilt 11 M., 13 Fr., gebessert 17. 15, ungeheilt 2. 2. Gestorben 28. In der Fridau sind eingetreten 25 (14. 11), nach Rosegg zurückverlegt 8 M. 2 Fr. Krankheitsformen: angeborene, erworbene einfache, organ,, senile Psych. Nur ruhige, der Anstaltsordnung sich einfügende Patienten werden in dem Pflegeheim Fridau belassen.

Waldhaus (6): Anfangsbestand 239 (107 M. 132 Fr.). Zugang 98 (53 M. 45 Fr.). Abgang 96 (48 M. 48 Fr.). Bleibt Bestand 241 (112 M. 129 Fr.). Krankheitsformen frischer Aufnahmen (75): angeborene Psychosen 7 (3. 4), einfache Psychosen 54 (24. 30), organische 6 (3. 3), epileptische 3 M., Intoxikationspsychosen (Alk. chron.) 8 M. Nicht geisteskrank 4 (3. 1), Beobachtungsfälle. Abgegebene Gutachten, im ganzen 19, davon kriminelle 9. Entlassen geheilt, gebessert 63 (32. 31). Gestorben 12 (5. 7) = 3,5% des Gesamtbestandes.

Wil (7): Anfangsbestand 869 (439 M. 430 Fr.). Zugang 341 (160 M. 181 Fr.), hiervon körperlich Kranke und Altersschwache 15 M. 21 Fr. Abgang 358 (175 M. 183 Fr.). Bleibt Bestand 852 (424 M. 428 Fr.). Vom Zugang, frischen Aufnahmen 236 (110 M. 126 Fr.), litten an angeborenen Psychosen 21 (9. 12), konstitutionellen Psychosen 24 (15. 9), erworbenen idiopathischen Psychosen, a) manisch-depressiven Formen 6 (1. 5), b) Involutionsformen 6 (1. 5), c) Verblödungsformen 82 (34. 48), d) anderen Formen 4; an organischen Psychosen 55 (21. 34), darunter Senile 30 (11. 19), an epilept. Psych. 6 (3. 3), Intoxikationspsychosen 30 (26. 4), infektiösem Irresein 1 Fr. Erbliche Belastung bei 60% M. 60% Fr. Alkoholmißbrauch auslösendes Moment bei 46 M. 6 Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt 23% der aufgen. Geisteskranken M., 6,8% Fr. Entlassen geheilt 39 (21. 18), gebessert 122 (69. 53). Nicht geisteskrank 1 Fr. Gestorben 9% des Bestandes an Geisteskranken.

Valeriusplein-Amsterdam (8): Im Berichtsjahre aufgenommen 512 (261 m. 251 w.), 11 mehr als im Vorjahre. Unter den Krankheitsformen stärker beteiligt Schwachsinnsformen mit 12, Psychopathie 49, manisch-depr. Irresein 62, Dem. praecox 74, Paranoia 5, paranoide Zustände 9, Hysterie 52, nervöse Zustände 28, Alkoholismus 9, senile Erscheinungen 16, Amentia 11, arteriosklerос. Erkr. des Gehirns 17, Tumor cerebri 10, Dementia progressiva 24, Lues cerebri 17, Encephalitis lethargica und Folgezustände 9 usw. Geheilt, gebessert entlassen 209 (101 m. 108 w.). Gestorben 30 (18 m. 12 w.). Poliklinisch behandelt 632 frische Fälle; Kinderklinik 156. Vorträge und Veröffentlichungen u. a. über Encephalitis und Folgezustände, Malariabehandlung der Dem. paralytica.

Santiago (9): Anfangsbestand 2165 (1056 M. 1109 Fr.). Zugang 1035 (544 M. 491 Fr.). Abgang 1016 (588 M. 458 Fr.). Bleibt Bestand 2184 (1042 M. 1142 Fr.). Von den Aufgenommenen litten an Dementia praecox 32%, Alkoholismus 17%, manisch-depr. Irresein 15%, Involutionspsychosen 9%, neurotischen Psych. 7%, progressiver Paralyse 5%, degenerativen Psychosen 4%, Infektions-

psychosen 3%. Erblichkeit bei 27%. Alkoholexzesse 17%, Senilität 9%, Periodizität 9%, Syphilis 6%, Epilepsie 6%, Degeneration 3%, moralischen Gebrechen 3%, Hysterie 1% auslösende Momente. Entlassen gebessert 37% des Zugangs. Verstorben 277, davon an Lungenaffektionen 68,59% (34,5% hiervon gingen ein an Tb.), Herzaffektionen 10,83%, Hirnaffektionen 4,33%, Gastricismen 4,28%, Affektionen des Uro-genitalsystems 2,83%. — Consultativ behandelt 891 (155 M. 736 Fr.), davon erkrankt infolge Alkoholmißbrauchs 14, Hysterie 576, Neurasthenie 48, Syphilis 54.

Westfälische Anstalten (10): Krankenbewegung 1922/1923.

	Jahrgang	Anfangsbestand	Aufnahmen	Zur Beobachtg.	Abgang	davon geh.geb.	Gestorben	% der Verpfl.	Schlußbest.	davon in Fam.Pfl.
Marsberg	1922	459	95	1	89	41	26	4,69	465	–
	1923	465	101	2	69	35	27	4,77	497	–
Lengerich	1922	579	133	4	100	36	28	3,93	612	13
	1923	612	145	–	115	44	45	5,94	642	12
Münster	1922	616	361	30	365	159	76	7,78	612	6
	1923	612	347	14	284	155	76	7,82	675	5
Eickelborn	1922	1078	308	1	228	105	70	6,00	1158	22
	1923	1158	362	1	276	122	94	6,38	1244	19
Aplerbeck	1922	637	291	–	298	102	76	12,06	630	2
	1923	630	274	–	291	67	85	13,89	613	–
Warstein	1922	928	267	–	243	90	56	4,69	952	–
	1923	952	228	–	153	58	55	4,66	1027	4
Gütersloh	1922	194	185	–	73	47	14	6,22	306	2
	1923	306	154	–	112	63	33	9,5	348	–
St. Joh. Stift	1922	503	99	–	120	19	23	4,24	542	–
	1923	542	84	–	52	13	23	4,00	571	–

9. Serologie.

Ref.: Max Bräuner-Lüneburg.

1. *Adler, E.* (Prag), Klinische Erfahrungen mit der Goldsol- und Mastixreaktion im Liquor cerebrospinalis. Wiener Arch. f. klin. Med. Bd. 7, H. 1.
2. *Adler, H.* u. *Sinek, Franz* (Prag), Eine neue Luesreaktion, zugleich ein Beitrag zur Frage über das Wesen der Wassermann-Reaktion. Vorläufige Mitteilung. Klin. Wschr. Nr. 45/46.

3. *Ayala, G.* (Rom), Über den diagnostischen Wert des Liquordruckes und einen Apparat zu seiner Messung. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 42. (S. 171*.)
4. *Becher, Erwin* (Gießen u. Halle), Dynamik des Liquor cerebrospinalis. Mitt. Grenzgeb. Bd. 35, H. 3.
5. *Bering, H.* (Jena), Die Meinickesche Luestrübungsreaktion mit cholesterinfreien Balsamextrakten. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenkunde u. Infekt.-Krkh. Abt. 1, Orig.-Bd. 90, H. 6, S. 478.
6. *Biberfeld, Heinr.* (Hamburg-Friedrichsberg), Zur Praxis und Theorie der Goldsolreaktion. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 83, S. 366. (S. 173*.)
7. *Blank, Fritz* u. *Restemeyer, W.* (Dortmund), Neuere Erfahrungen mit der Goldsolreaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 250. (S. 173*.)
8. *Bruck, C.* (Altona), Zur Technik der Bruckschen Reaktion bei Syphilis. Klin. Wschr. Nr. 37/38.
9. *Custer, Marie*, Einfache Methode zur Herstellung der Goldsollösung. (A. d. D. Forschungsanstalt f. Psych. München.) Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 432. (S. 173*.)
10. *Deicher, H.* (Hannover), Versuche mit den neuen cholesterinfreien Meinicke-Extrakten zur Syphilis-Trübungsreaktion. Deutsche med. Wschr. Nr. 31, S. 1015. Desgl., Weitere Versuche mit den cholesterinfreien Balsamextrakten usw. Gl. Wschr. Nr. 46, S. 1441. (S. 169*)
11. *Eicke* u. *Cohn, Alfred* (Berlin), Die neue kolloidale Liquorreaktion mit Benzoeharz im Vergleich mit der Goldsolreaktion. Dermatol. Wschr. Bd. 38, H. 2/3, S. 105.
12. *Elkeles, G.* (Charlottenburg, Westend), Die Luesdiagnose im Liquor cerebrospinalis und in anderen Punktionsflüssigkeiten mit Meinickes Balsamextrakten. Med. Klin. Nr. 45, S. 1494. (S. 172*.)
13. *Derselbe*, Über die Aktivmethode der Meinickeschen Trübungsreaktion (M. T. R.). Med. Klin. Nr. 41, S. 1368. (S. 169*.)
14. *Eskuchen, Karl* (München-Schwabing), Die Häufigkeit von positivem Liquor-Wassermann neben negativem Blut-Wassermann. Münch. med. Wschr. Nr. 17, S. 527. (S. 172*.)
15. *Derselbe*, Die Mastixreaktion: Einheitstechnik und diagnostische Leistungsfähigkeit. Klin. Wschr. Nr. 45/46.
16. *Ewald, G.* (Erlangen), Die ausführliche und die vereinfachte Benzoereaktion zur Diagnose der Nervensyphilis. Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 1/3, S. 257. (S. 174*.)
17. *Fleischer* (Göttingen), Über die quantitative Ausgestaltung der Flockungsreaktionen zum Nachweis der Syphilis. Sitzungsber. v. 12. 7. 23. Med. Klin. Nr. 37, S. 1277.
18. *Förtig, Hermann* (Würzburg), Vergleichende Untersuchungen über die Brauchbarkeit einiger „Trübungsreaktionen" (Dold, Meinicke) für die Syphiliserkennung. Deutsche med. Wschr. Nr. 6, S. 184. (S. 168*.)

19. *Frank, Max* (Prag), Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis bei kongenitaler Lues. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 25, H. 1/6, S. 136.
20. *Freundlich, Jakob* (Wien), Verwendbarkeit der Kollargolreaktion für Liquor- und Harnuntersuchung. Med. Klin. Jahrg. 19, Nr. 25, S. 874. (S. 175*.)
21. *Frey* (Erfurt, Bakteriol. Unters.-Anstalt), Die diagnostische Bewertung der Flockung bei der Meinicke-Syphilis-Trübungsreaktion mit cholesterinfreiem Extrakt. Deutsche med. Wschr. Nr. 37/38, S. 1213. (S. 169*.)
22. *Gennerich, W.* (Kiel), Der histologische Nachweis der Liquordiffusion bei allen metaluetischen Erkrankungen. Vortragsbericht (Verein Norddeutscher Psychiater u. Nervenärzte u. Ges. der Neurol. u. Psychiater Groß-Hamburgs, Hamburg-Friedrichsberg 9. 6. 23). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 1/2, S. 94. Eigenbericht. (S. 175*.)
23. *Georgi, F.* (Heidelberg), Zur Serodiagnostik der experimentellen Kaninchensyphilis. Vortragsbericht (Südwestd. Neurol. u. Irrenärzte, B.-Baden, Juni 1923): Arch. f. Psych. Bd. 69, H. 5, S. 625.
24. *Glaus, A.* u. *Zutt, J.* (Zürich), Beitrag zur Frage der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskranken, insbesondere bei den Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschr.) S. 66.
25. *Goebel, Walther* (Hamburg), Kurze Übersicht über unsere Ergebnisse der Liquoruntersuchungen von über 1000 Fällen, fast alles Erkrankungen des Zentralnervensystems, mit der Mastixreaktion in unserer wiedervereinfachten und ergänzten Form (E. M. R. Goebel). Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 4/5, S. 461. (S. 174*.)
26. *Goebel, W.* u. *Peters, K.* (Hamburg), Die Liquordifferentialdiagnose zwischen multipler Sklerose und Kompression des Rückenmarks. Med. Klin. Nr. 44, S. 1454. (S. 176*.)
27. *Hecht, Hugo* (Prag), Eine serodiagnostische Schnellmethode (H. F. R. II) bei Syphilis. Deutsche med. Wschr. Nr. 22, S. 715. (S. 169*.)
28. *Heinemann, H.* (Petoemboekan, Sumatra), Untersuchungen über den praktischen Wert der Meinickeschen Trübungsreaktion und der übrigen serodiagnostischen Methoden im tropischen Lande. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene Bd. 26, H. 12, S. 369.
29. *Holländer, A.* (Elberfeld), Die Sachs-Georgische Ausflockungsreaktion und die vereinfachte Doldsche Trübungsreaktion, wertvolle Ergänzungen zur WaR. Klin. Wschr. Nr. 7, S. 302.
30. *Holländer, Alfred* u. *Funccius, Bruno* (Elberfeld), Die Brauchbarkeit der Meinickeschen Trübungsreaktion (mit cholesterinfreien Balsamextrakten) im Vergleich zur Wassermannschen u. Sachs-Georgischen Reaktion. Med. Klin. Nr. 36, S. 1233. (S. 169*.)
31. *Jacobi, Walter* (Jena), Vergleichende interferometrische Liquorunter-

suchungen bei Nervösen und psychisch Kranken in ihrem Verhältnis zu andereren Liquorreaktionen. (Zellzählung, Phase I-Reaktion, WaR., Pandy, Weichbrodt- u. Mastixreaktion). Ztschf. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 85, H. 4/5, S. 566. (S. 176*.)

32. *Derselbe*, Bestehen Unterschiede im Eiweißgehalt des Liquor cerbrospinalis in verschiedene Höhen? (Ein Beitrag zur Frage der Liquorströmungen.) Münch. med. Wschr. Nr. 27, S. 870. (S. 176*.)

33. *Jähnke, Gustav* (Charlottenburg), Über die Brucksche Reaktion, eine neue Ausflockungsmethode zur Serodiagnose der Syphilis. Dermatol. Wschr. Bd. 76, Nr. 2, S. 33.

34. *Jänecke, Roland* (Hannover), Vergleichende Untersuchungen über die Ergebnisse der Meinickeschen Trübungsreaktion (M. T. R.) und der Wassermannschen Reaktion (WaR.). (A. d. Staatl. Med. Untersuchungsamt Hannover.) Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1368. (S. 169*.)

35. *Illert, Ernst*, Bericht über die Tätigkeit des staatl. Laboratoriums an der Hessischen Heil- u. Pflege-Anstalt „Philippshospital" bei Goddelau in der Zeit vom 1. 1. 21 bis 30. 6. 22. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 43/44, S. 287; 45/46 (Serologie) S. 294.

36. *Kafka, V.* (Hamburg), Technik der Lumbalpunktion. Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden herausgeg. von Prof. *E. Abderhalden*. Abt. V, Teil 5 B, H. 1, S. 1. Urban & Schwarzenberg, Berlin. (S. 171*.)

37. *Derselbe*, Methoden zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Mit einem Beitrag von *Otto Schumm*: Spezielle chemische Methoden. Handb. d. biol. Arbeitsmeth., herausg. von Prof. *Abderhalden*, Abt. V, Teil 5 B, H. 1, S. 5. Urban & Schwarzenberg, Berlin. (S. 171*.)

38. *Derselbe*, Die Liquoruntersuchung. Ergebn. der gesamten Med., herausg. von Prof. *Brugsch*-Berlin. Bd. IV, H. 1/2.

39. *Derselbe*, Beiträge zur Serologie des Liquor cerebrospinalis. I. Mitteilg. Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exp. Therapie Orig.-Bd. 37, H. 3, S. 315.

40. *Derselbe*, Die Wassermann-Reaktion der Rückenmarksflüssgikeit. II. Mitteilg. (I. gl. Wschr. 1921, Nr. 34). Med. Klin. Nr. 26, S. 906. (S. 172*.)

41. *Derselbe*, Mastixreaktionen des Liquor cerebrospinalis. Klin. Wschr. Nr. 18.

42. *Derselbe*, Die kolloidchemische Untersuchung der Rückenmarksflüssigkeit mit Parafinsolen. Klin. Wschr. Nr. 41.

43. *Derselbe*, Versuche zum Nachweis von Hämagglutininen im Liquor. Eigenbericht (Biolog. Abt. d. Ärzte V. Hamburg, Sitzung v. 26. 6. 23). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 418.

44. *Kastan, Max* (Königsberg), Die Beeinflussung der Liquorreaktionen durch Kalk. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilkde. Bd. 81, H. 1—4, S. 146.

45. *Kirschberg Paul* (Frankfurt a. M.) Beitrag zur kolloidalen Farbreaktion im Liquor cerebrospinalis. Med. Klin. Nr. 12, S. 387. (S. 175*.)
46. *Klein, Karl* (Düsseldorf), Erfahrungen mit der Meinickeschen Trübungsreaktion zur Syphilisdiagnose. Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 252. (S. 168*.)
47. *Kreßler, Alice* (Jena), Untersuchungen über die Brauchbarkeit der Ausflockungsreaktion nach *Bruck* zur Luesdiagnose. Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenkunde u. Infekt.-Krkh. Abt. 1, Orig.-Bd. 90, H. 6, S. 488.
48. *Krömecke, Franz* (Dortmund), Über die Kolloidlabilität der Serumeiweißkörper bei Lues mit besonderer Berücksichtigung der Darányischen Reaktion. Med. Klin. Nr. 7, S. 210. (S. 170*.)
49. *Krüskemper, C.* (München-Schwabing), Die Brauchbarkeit der Kollargolreaktion für die Liquordiagnostik. Münch. med. Wschr. Nr. 42, S. 1295. (S. 175*.)
50. *Laubenheimer, K.* u. *Hämel, J.* (Frankfurt a. M.), Über die Meinickesche Trübungsreaktion (M. T. R.) mit aktivem Serum. Med. Klin. Nr. 51/52 S. 1672. (S. 169*.)
51. *Löwenberg, Konstantin* (Hamburg), Über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskranken. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 87, H. 1/2, S. 197. (S. 170*.)
52. *Lohmann, Walter* (Essen), Zur Frage der Goldsolreaktion (vgl. ausführl. Arbeit i. d. Dermatolog. Wschr.). Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 363.
53. *Matzdorff, Paul* (Hamburg), Interferometrische Liquorstudien. Münch. med. Wschr. Nr. 41, S. 1273. Vgl. Sitzungsber. v. 6. XI. 23. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 35, H. 7, S. 387. (S. 176*.)
54. *Meinicke, E.* (Ambrook b. Hagen), Eine Methode zur Ausflockung der Wassermannextrakte durch luetische Sera. (Bemerkungen zu der Arbeit von *Hohn* in Nr. 51, Jahrg. 1922, der Wschr.) Münch. med. Wschr. Nr. 5 S. 150.
55. *Derselbe* u. *Grün, Erich* (Ambrook b. Hagen), Meinickes Trübungsreaktion auf Syphilis (M. T. R.) in cholesterinfreien Balsamextrakten. 2. Mitteilung (vgl. gl. Wschr. Nr. 12, Jahrg. 1922, 1. Mitteilung). Deutsche med. Wschr. Nr. 2, S. 43. 3. Mitteilung gl. Wschr. Nr. 19, S. 605. (S. 168).
56. *Mingazzini, G.* (Rom), Über die Mastixreaktion. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 77, H. 1—6.
57. *Molnár, A. L.* (Debreczen), Über die Bestimmung der Liquorkonzentration mit Hilfe des Refraktometers. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 79, Nr. 2, S. 104.
58. *Mucha, Viktor* u. *Satke* (Klosterneuburg), Über Liquorveränderungen bei Lues. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 142, H. 1, S. 6.
59. *Nast, O.* (Danzig), Liquordiagnostik und endolumbale Behandlung.

Vortragsbericht (Ges. D. Nervenärzte, Danzig, Sept. 1923). Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 507.

60. *Pappenheim, M.* (Wien), Über die Veränderung des Liquor cerebrospinalis bei der nichtnervösen Lues und über ihre prognostische Bedeutung. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 144, H. 1, S. 117. (S. 175*.)

61. *Paulian* und *Tomovici*, Untersuchung über die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit bei Nervenkrankheiten. Klin. Wschr. Nr. 47.

62. *Pick, Erwin* (Prag), Zur Bewertung der Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor cerebrospinalis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 144, H. 1, S. 104.

63. *Plaut, F.* u. *Mulzer* (München), Untersuchungen über die Ursache der negativen WaR. des Kaninchenliquor. (Aus der D. Forschungsanstalt f. Psych. in München.) Münch. med. Wschr. Nr. 24, S. 762.

64. *Prausnitz, Carl*, Beiträge zur Theorie der WaR.: Die sog. Bestätigungsreaktion. Vortragsbericht (Breslau, Schles. Ges. f. vaterländische Kultur, 26, IV, 1923). Ref.: Deutsche med. Wschr. Nr. 22, S. 734. (S. 167*.)

65. *Prausnitz* u. *Margarete Stern*, Beiträge zum Wesen der WaR. Zentralbl. f. Bakt. Abt. I Orig. Bd. 90, H. 4.

66. *Presser, Karl* u. *Weintraub, Alfred* (Wien), Zur Theorie der Goldsol- und Mastixreaktion. Ztschr. f. Immunitätsforschg. u. exper. Ther. I. Orig. Bd. 36, H. 1, S. 34.

67. *Rochow, Georg*, Die Syphilisreaktion nach Dold in Spinalflüssigkeiten. Deutsche med. Wschr. Nr. 39, S. 1239. (S. 173*.)

68. *Rüscher, E.* (Rappenau), Über die Häufigkeit der Wassermannschen bzw. Ausflockungsreaktion bei Kindertuberkulose. Deutsche med. Wschr. Nr. 9, S. 278. (S. 167*.)

69. *Sachs, H.* (Heidelberg), Zur Theorie des serologischen Luesnachweises. Med. Klin. Nr. 35, S. 1200. (S. 169*.)

70. *Sachs, H.* u. *Georgi, F.* (Heidelberg), Noch einmal zur Frage der sog. Dold-Reaktion. Med. Klin. Nr. 12, S. 388, hierzu Schlußwort von Prof. *H. Dold*, Marburg. Gl. Wschr., gl. Seite.

71. *Derselbe* u. *Klopstock* (Heidelberg), Über die Verwendbarkeit des Lecithins zum Nachweis gewisser Serumveränderungen, unter besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. Deutsche med. Wschr. Nr. 41, S. 1292. (S. 170*.)

72. *Sahlgren, Ernst* (Stockholm), Über die Weichbrodsche Sublimatreaktion. Münch. med. Wschr. Nr. 22, S. 703. (S. 173*.)

73. *Santangelo, G.* (Rom), Über eine neue Ausführungstechnik der Berlinerblaureaktion, die das Erzielen von diagnostischen Kurven ermöglicht. Zeitschrf. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80, H. 3/4, S. 261.

74. *Sato, Goro* (Osaka), Erfahrungen mit „Meinickes Trübungsreaktion". II. Mitteilung. Nachuntersuchungen von aktiven Seren bei Zimmertemperatur. Med. Klin. Nr. 33/34, S. 1161. (S. 169*.)

75. *Schmelowsky, Friedr.*, Vergleichende Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion resp. Kaupsche Modifikation und Hechtsche Aktiv-Methode sowie Sachs-Georgi-Reaktion. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 142, H. 1, S. 149.
76. *Schmitt, Willy* (Leipzig), Zur Kritik der Lues-latens-Diagnose sowie einige Bemerkungen zur Lumbalpunktion. Münch. med. Wschr. Nr. 25, S. 798. (S. 175*.)
77. *Derselbe*, Erfahrungen und vergleichende Betrachtungen über Kafkas Normomastixreaktion. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 191. (S. 174*.)
78. *Derselbe*, Die Kollargolreaktion des Liquor cerebrospinalis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 76, H. 1/4, S. 134.
79. *Schneider, Martin* (Zittau), Erfahrungen mit der einzeitigen Sachs-Georgi-Meinicke-Reaktion nach Stern und der Trübungs-Flockungsreaktion nach Dold. Deutsche med. Wschr. Nr. 7, S. 209. (S. 168*.)
80. *Schou, H. J.* (Dianalund, Dänemark), Die Genauigkeit der Zellzählung im Liquor cerebrospinalis mittels Fuchs- u. Rosenthals Zählkammer. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 81, H. 3/4, S. 409. (S. 172*.)
81. *Siebert, Harald* (Libau), Erfahrungen mit Lumbalpunktion und epiduralen Injektionen. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 52, H. 5/6, S. 347. (S. 171*.)
82. *Souques, A., Mouquin, M.* et *Walter*, La réaction du benjoin colloidal dans la sclérose en plaques. Cpts. rend. des séances de la Soc. de Biol. vol. 88, Nr. 14, p. 1093.
83. *Sparmann, Georg* (Jena), Die Bedeutung der Auswertung nach oben und unten bei den Reaktionen nach Wassermann und Sachs-Georgi. Deutsche med. Wschr. Nr. 10, S. 311. (S. 168*.)
84. *Steiner, B.* (Budapest), Zuckergehalt des Liquor cerebrospinalis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 102, H. 3/4.
85. *Stern, Margarete* (Breslau), Über die Brucksche Ausflockungsreaktion der Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. Bd. 146, H. 1, S. 78.
86. *Dieselbe* u. *R. Stern* (Breslau), Einige neue Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion im Liquor cerebrospinalis. Biochem. Zeitschr. Bd. 138, H. 4/6, S. 318 u. Klin. Wschr. Jahrg. 2, Nr. 18, S. 836.
87. *Strempel, R.* (Bonn), Beobachtungen bei der Wassermann-Reaktion. Klin. Wschr. Nr. 11.
88. *Strumia, Max M.* (Philadelphia), A study of serum flocculation reactions in syphilis with special reference to the Meinicke, Sachs-Georgi and Vernes reactions. Arch. of dermatol. and syph. vol. 8, no. 1, p. 50.
89. *Teixner O.* (Wien), Liquoruntersuchungen bei kongenital-syphilitischen Kindern. Mtsschr. f. Kinderheilk. Bd. 26, H. 1. Ref.: Deutsche med. Wschr. Nr. 43, S. 1378.
90. *Thaysen, Th. E. Hess.*, Der prognostische Wert der Wassermannschen

Reaktion bie spätsyphilitischen Leiden. Ugeskrift f. laeger. Ann. 85, Nr. 15, S. 247.

91. *Thiel* (Jena), Untersuchungen des Kammerwassers und der Zerebrospinalflüssigkeit bei Erkrankungen des Zentralnervensystems. Klin. Wschr. Nr. 48/49.
92. *v. Thurzó* u. *Kulczár*, *F.* (Debreczen), Die bicolorierte Mastixreaktion. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 80, H. 3 4. (S. 174*.)
93. *Weigelt*, *Walther* (Leipzig), Studien zur Physiologie und Pathologie des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung seiner örtlichen Verschiedenheiten im Zell- und Eiweißgehalt. Jena, G. Fischer. 135 S.
94. *Wittgenstein*, *A.* (Berlin), Zur klinisch-diagnostischen Bewertung des Zuckergehalts der Zerebrospinalflüssigkeit. Deutsche med. Wschr. Nr. 8, S. 246. (S. 176*.)
95. *Wüllenweber*, *G.* (Köln), Was bietet die Mastixreaktion im Liquor cerebrospinalis dem Kliniker? Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 80, H. 1/2.
96. *Yuenkwei*, *Huang* (Peking), Über die Brauchbarkeit der Meinickeschen Trübungsreaktion für die Serodiagnostik der Syphilis. (Aus dem hygien. Institut der Universität Greifswald.) Münch. med. Wschr. Nr. 12, S. 356; Bemerkungen hierzu von *E. Meinicke* in Nr. 15, S. 471 derselb. Wochenschr.

a) Serum.

Wassermann hatte bei seinen Versuchen zur Ergründung des Wesens der Wa.-R. eine sog. Bestätigungsreaktion beschrieben, die darauf beruhte, daß die Bindung bei der Wa.-R. reversibler Natur sei. Er nahm an, daß nach erfolgter Trennung des Aggregats sich erneut die Wa.-R. anstellen ließe.

Prausnitz (64) hat die Bestätigungsreaktion nur dann nachgewiesen, wenn, wie es auch für Wassermanns Versuche anzunehmen ist, positives Serum im Überschuß vorhanden war. Er nimmt an, daß bei richtig abgestimmten Mengenverhältnissen eine komplette Bindung der drei Teile: positives Serum, Antigen und Komplement stattfindet und daß dieses Aggregat dann nicht mehr spaltungsfähig ist.

Zur Frage der unspezifischen Wa.-R. bzw. Ausflockungsreaktionen bringt *Rüscher* (68) einen Beitrag. In einer früheren Untersuchungsreihe von Wa.-R. bei Kindertuberkulose hatte Verf. in 120 Fällen 11 mal positive Ausflockungen gefunden. In den neuerdings untersuchten 90 Fällen war nur einer positiv mit allen drei Reaktionen (Wa.-R. S.-G. R. M. R.), ohne daß Angaben für Lues hered. zu erheben waren. Weitere 4 Fälle zeigten besonders mit S.-G. R. mehr oder weniger starke Flockung, die aber z. T. nach 48 stündiger Beobachtungszeit schwand, zum Teil bei Wiederholung der Reaktion ausblieb und sich somit als unspezifisch offenbarten. Verf. weist auf die Notwendigkeit der Ablesung der S.-G. R. nach 48 Stunden an der Hand seiner wenigen Fälle hin und kommt zu dem Ergebnis, daß durch etwaige

positive Reaktionen bei Tuberkulösen die praktische Bedeutung der genannten serologischen Reaktionen nicht nennenswert beeinträchtigt wird.

Im Gegensatz zu den Gepflogenheiten in den staatlichen Vorschriften ging *Spaarmann* (83) den feineren Abstufungen der Wa.-R. durch Auswertung nach oben und unten und durch dreimalige Ablesung nach. Nach seinen Ergebnissen zeigt die Auswertung der Wa. R. nach oben und unten schärfere Resultate als die Auswertung des S.-G. R. Die Auswertung ist wertvoll bei fraglichen Fällen, bei Erkennung des Herannahens eines Serorecidivs und bei Feststellung der Einwirkung der Therapie. Die Auswertung der S.-G. R. leistet wertvolle Dienste bei den in der Wa. R. selbsthemmenden Fällen.

Mit vergleichenden Untersuchungen der neueren Trübungsreaktionen befassen sich mehrere Untersucher, bei denen besonders die neue von Meinicke 1922 angegebene Reaktion Beachtung fand, die sich durch Zusatz von Balsam zum Extrakt auszeichnet.

Förtig (18) kann der Doldschen Reaktion weder als Trübungs- noch als Flockungsreaktion einen Fortschritt gegen die bisherigen Reaktionen zuerkennen, da relativ wenig positiven Ausschlägen bei Syphilis verhältnismäßig viele unspezifische Reaktionen gegenüberstehen. Die neue Meinickesche Balsamreaktion (M. T. R.) ist als Trübungsreaktion gut brauchbar und der S.-G. R. etwas überlegen; als Flockungsreaktion ist sie etwas zu scharf, da sie eine Reihe unspezifischer Ausschläge zeigt. Daß Meinicke auf jede Kontrolle verzichtet, erscheint dem Verf. bedenklich. — *Martin Schneider* (79) prüfte besonders die einzeitige Sachs-Georgi-Meinickesche Beaktion, die von Stern 1921 veröffentlicht ist; ferner die Dold-Reaktion. Erstere ist zwar brauchbar, zeigt aber keine Überlegenheit gegenüber S.-G. R. und besonders nicht gegenüber D. M., welche nach dem Verf. besonders empfindlich und dabei spezifisch ist. Die Dold-R. will Verf. nur als Flockungs-, nicht als Trübungsreaktion gelten lassen, womit sie aber ihren wesentlichen Wert verliert. — *Meinicke* und *Grün* (55) haben die im vorigen Jahr veröffentlichte Methode der Trübungsreaktion mit Balsamextrakten dahin geändert, daß das Extrakt von dem Cholesterinzusatz, der zu Unspezifitäten neigt, befreit wurde. Die Technik der Reaktion wird nochmals eingehend beschrieben. Verff. halten ihre neue Methode mit Recht den anderen überlegen, sowohl was Einfachheit und Schnelligkeit, als auch Sicherheit anlangt. In ihrer 3. Mitteilung geben die Verf. bekannt, daß gerade im Gebrauch des aktiven Serums eine größere Sicherheit gegen Unspezifität liegt. Umgekehrt wie bei der Wa. R., wo Inaktivieren vor unspezifischen Hemmungen schützen soll, verursacht bei der neuen M. T. R. das Erhitzen der Sera eine Neigung zu unspezifischen Hemmungen. Sie wird also angestellt mit aktiven Seren und zwar bei Zimmertemperatur und erreicht dadurch eine Einfachheit, wie sie für die Ausübung des einzelnen in der Praxis notwendig ist. — *Klein* (46) prüfte die Meinicke'sche Trübungsreaktion der ersten Veröffentlichung — mit Cholesterin — nach im Vergleich mit D. M. und Wa. R.; 85% Übereinstimmungen. Die M. T. R. erwies sich in den Differenzfällen empfindlicher, bzw. hatte eine größere Reaktionsbreite als Wa.-R. und D. M. Ablesen nach 1 und 4 Stunden gibt nur vorläufige Werte. Unspezifische positive Fälle waren kaum häufiger als bei den beiden anderen

Reaktionen. Sie darf nicht als alleinige Reaktion angestellt werden, sondern nur als Parallel-(Ergänzungs-)Reaktion neben Wa. R. — *Goro Sato* (74) prüfte die letzte von Meinicke und Grün angegebene M. T. R. (mit aktiven Seren und Cholesterinzusatz). Er fand ebenfalls in 85% Übereinstimmung mit der Wa. R. Bei sicherer Lues erwies sich indessen in den Divergenzfällen die Wa.-R. überlegen. Die Spezifität der neuen M. T. R. steht der der Wa. R. kaum nach. — Zu ähnlichen günstigen Ergebnissen führten die Nachprüfungen derselben Reaktion von *Holländer* und *Funccius* (30). — *Frey* (21) beobachtete bei derselben Reaktion, daß von den wenigen Seren, die mit Wa. R. positiv, mit M. T. R. negativ reagieren, noch ein Teil als positiv mit der M. T. R. erfaßt werden, wenn nicht nur die Trübung nach einer Stunde, sondern die später bis zum folgenden Tage noch auftretende Flockung verwertet wird. In zweifelhaften Fällen kann diese nachträgliche Ablesung entscheidend ins Gewicht fallen. Die Gefahr der Verwechselung von unspezifischer Flockung mit spezifischer, auf die Meinicke selbst hingewiesen hat, scheint Verf. gering einzuschätzen. — Dieser Schwierigkeit, d. h. Unterscheidung der spezifischen von der unspezifischen Flockung, glaubt *Elkeles* (13) dadurch zu entgehen, daß er nur die als Kuppe sedimentierten Flocken als positiv annimmt. Mit dieser Modifikation war dem Verf. die M. T. R. der Wa. R. wesentlich überlegen und stand etwa auf dem Empfindlichkeitsgrad der sog. Kältemethode der Wa. R. Gewarnt wird aber entschieden vor der nicht laboratoriumsmäßigen Anwendung der M. T. R., da sie sonst bald um ihren Kredit kommen würde. Absolute Spezifität kommt der M. T. R. ebensowenig zu wie der Wa.-R. Andererseits ist sie bei primärer Lues vielfach eher positiv als die Wa. R. — *Jänecke* (34) empfiehlt die Reaktion ebenfalls für die Untersuchungsanstalten als eine Verfeinerung. Er hat seine günstigen Resultate erzielt mit genauer Einhaltung der von Meinicke angegebenen Technik. — *Deicher* (10) wandte die Methode bei inaktiven Seren an und fand damit, entsprechend den Erfahrungen Meinickes eine gewisse Neigung zur Unspezifität. Er weist auf die Notwendigkeit des Gebrauches von 2 verschieden dünnen Extrakten hin. In der zweiten Untersuchungsreihe mit aktiven Seren erzielte Verf. sehr scharfe und fast nur spezifische Resultate, sodaß die Methode der Wa. R. etwas überlegen war. — *Laubenheimer* und *Hänel* (50) zogen zum Vergleich der M. T. R. mit aktivem Serum noch die Sachs-Georgi R. heran. Sie kommen zu ähnlich günstigen Resultaten wie die bereits besprochenen Autoren. Die Ablesung der Flocken ergab keine verwertbaren Ergebnisse. Sie empfehlen, die M. T. R. und S.-G. R. gleichzeitig anzustellen, und wollen dadurch in den meisten Fällen die teuere Wa. R. umgehen, die nur noch zur Aufklärung zweifelhafter Fälle ausgeführt werden soll. — *Hecht* (27) hatte schon früher eine Aktivmethode der Serodiagnostik angegeben. Er übergibt eine neue Methode der Öffentlichkeit zur Nachprüfung, bei der an Stelle von NaCl, CaCl in physiologischer Konzentration zur Verdünnung genommen wird. Nur frische Seren sind brauchbar, ältere flocken schlechter und ergeben häufiger unspezifische Resultate. Der Wert dieser Flockung wird hierdurch im Vergleich zur Aktivmethode *Meinickes*, die die Trübung bewertet, stark abgeschwächt.

H. Sachs (69) weist ausdrücklich darauf hin, daß eine im Serum vorkommende Labilitätssteigerung, eine erhöhte Fällbarkeit der Globuline, nicht charak-

teristisch ist für das Luetikerserum. Für dieses ist eine andere Globulinalteration typisch, nämlich eine sekundär durch Antigen-Antikörperwirkung entstehende Dispersitätsvergröberung. — *Krömecke* (48) hat bei Luesfällen die Labilität der Serum-Eiweißkörper mit der Methode von *v. Daránji* untersucht. Bekanntlich findet bei allen toxischen Prozessen im Körper eine Verschiebung der Eiweißkörper bzw. Vermehrung der Globuline auf Kosten der Albumine statt. *Daránji* fällte die Eiweißkörper durch verdünnten Alkohol und Erwärmung aus und es ergab die Intensität der Reaktion einen Gradmesser ab für die Schwere des toxischen Prozesses. In Verbindung mit den spezifischen Luesreaktionen gibt die *Daránji*sche Reaktion einen Gradmesser ab für die Aktivität des luetischen Prozesses. Erschwerend ist, daß Seren, die älter als 24 Stunden waren, sich öfters als unbrauchbar erwiesen. — Ebenfalls mit der Labilität der Bluteiweißkörper befassen sich die Untersuchungen von *H. Sachs* und *Klopstock* (71). Sie versuchten durch Lezithineinwirkung Veränderungen des Serums im Sinne einer erhöhten Labilität nachzuweisen. Durch weiteren Zusatz von Kalziumchlorid konnten die Verff. bei gewissen Seren eine Ausflockung hervorrufen. Es spielten nun die Tuberkuloseseren eine dominierende Rolle bei den Ausflockungen und übertrafen an positiven Fällen sogar die nach Wa. R. positiven Seren ganz erheblich. Die mit der Lezithinreaktion nachgewiesenen Serumveränderungen müssen also grundverschieden sein von den bei der Serodiagnostik der Syphilis auftretenden Veränderungen. Die Grenzen des Verfahrens sind noch nicht genügend bestimmt. Es scheint aber berufen, bestimmte Krankheitsgruppen, besonders der Tuberkulose, serologisch zu kennzeichnen.

Löwenberg (51) gibt zunächst einen kurzen Überblick darüber, was die Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bisher gebracht haben. Besonders weist er auf die aussichtsreichen Versuche *Grafes* hin, auf diesem Wege ein verfeinertes diagnostisches Hilfsmittel für die Tuberkulose zu finden. Es folgen die Ergebnisse *Plauts* an psychiatrischem Material. Verf. selbst hat sich der Plautschen Methodik mit einer kleinen Abweichung bedient. Bei Paralytikern fand Verf. selten eine normale Senkungsgeschwindigkeit. Geringe Beschleunigung wird ebenfalls selten beobachtet, vorwiegend bei inzipienten Fällen und solchen mit einer spontanen oder einer Malariaremission. Mittlere Senkungsgeschwindigkeiten fanden sich vorwiegend bei verblödeten Paralysen mit befriedigendem körperlichen Zustand, starke Beschleunigung der Sedimentierung hatten weit vorgeschrittene Erkrankungen mit stark reduziertem Ernährungszustand. Es folgen die Resultate bei Fällen von Dementia praecox mit sehr geringer Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit. Epileptiker haben eine normale oder wenig beschleunigte Geschwindigkeit, unmittelbar nach dem Anfall scheint Beschleunigung aufzutreten. Bei den sog. funktionellen Neurosen fand sich eindeutig eine leichte Beschleunigung, womit eine Störung der kolloidalen Plasmaverhältnisse bei dieser Krankheitsgruppe sich ausprägt. Verf. hat dann noch Tauschversuche gemacht: rote Blutkörperchen der einen Gruppe mit Plasma der anderen und kam dabei zu interessanten Resultaten.

b) Liquor.

In dem von *Abderhalden* herausgegebenen Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden hat *Kafka* (36, 37) die Kapitel über Technik der Lumbalpunktion und über die Untersuchungsmethoden des Liquor bearbeitet. Die Technik wird kurz und vom Standpunkt des Praktikers aus geschildert. Ein Längs- und Querschnitt durch die Wirbelsäule an der Punktionsstelle erleichtert das Verständnis. Die Untersuchungsmethoden des Liquors sind eingeteilt in 1. allgemeine physikalische und physikalisch-chemische, 2. mikroskopische, 3. chemische mit Einschluß der ferment- und kolloidchemischen mit den Flockungsreaktionen als Anhang, 4. biologische Methoden. Die große Erfahrung des Verf. gerade auf diesem Spezialgebiet macht die Darstellung übersichtlich und einheitlich. Verf. weist besonders darauf hin, daß auch bei den diagnostisch wichtigen Reaktionen die chemischen Vorgänge und Körper häufig noch unbekannt sind. Die verschiedenen Methoden zur Bestimmung der Albumine und Globuline sind nach ihrer Leistungsfähigkeit kritisch beleuchtet. Für den Kliniker fernerstehend sind die von *Schumm* ausführlich gebrachten Nachweise von Blut, Stickstoff, Zucker, Alkohol usw. Die fermentchemischen Methoden bedürfen nach Ansicht des Verf. noch eingehender Bearbeitung. Für Goldsol- und Mastixreaktion sind typische diagnostische Kurven abgebildet. Bei den Flockungsreaktionen weist Verf. auf sein modifiziertes Vergleichsagglutinoskop hin, das dem von Kuhn-Woithe überlegen sein soll. Eine Darstellung der Wassermannschen Reaktion und eine Methode zur Diagnose der Echinokokkenerkrankung beschließen das Kapitel.

Siebert (81) hat in zehn Jahren 4700 Lumbalpunktionen und 64 epidurale Injektionen in den Sakralkanal ausgeführt. Er berichtet von einzelnen Komplikationen, so von einer monatelang bestehenden Liquorfistel bei einem chronischen Alkoholisten, die auf einer Verhärtung des Duragewebes in solchen Fällen beruhen könnte. Eine andere Störung war motorische Lähmung für 24 Stunden, für deren Entstehung der Verf. Durchstechen der sensiblen Wurzeln und dadurch Ausfall der sensiblen Impulse für den Muskeltonus annimmt. Auf die Erschwerung der Punktionstechnik bei erregten Geistsekranken wird hingewiesen. Die Erfolge mit den epiduralen Injektionen, die Verf. nicht für schwierig hält, sind wechselnd. Die Methode sei nur bei chronischen nicht resistenten Fällen von Ischias anzuwenden.

Ayala (3) tritt in ausführlichen Darlegungen für ausgedehnte Verwertung der Liquordruckmessung zu diagnostischen Zwecken ein. Er betont zunächst die Ungefährlichkeit der Punktion, auch in Tumorfällen, wenn immer nur bis zu einer mäßigen Drucksenkung Liquor abgelassen wird. Insbesondere können daher bei normalen Verhältnissen immer nur wenige ccm entnommen werden. Die Druckmessung mittels Steigrohrs gibt nicht den Anfangsdruck. Verf. hat einen „Rachimanometer" konstruiert, dessen Resultate mit dem Manometer nach Claude übereinstimmen. Ausgeschaltet sind dabei auch die störenden Capillaritätsphänomene des Steigrohres. Ferner ist mit dem Manometer ohne Liquorverlust der Anfangsdruck zu messen. Als Normaldruck nimmt Verf. liegend 15—20 cm an, im Sitzen 8—10 cm mehr. Das diagnostisch Wichtigste ist nun, das Absinken des Liquor-

druckes festzustellen. Dasselbe gestaltet sich ganz verschieden bei gleichem Anfangsdruck und gleicher Entnahmemenge an Liquor, je nachdem, ob Tumor oder Hydrocephalus vorliegt. Verf. stellt einen „Rachidealquotienten" auf aus Enddruck mal abgeflossene Liquormenge und diese Zahl geteilt durch Anfangsdruck. Die entziehbare Liquormenge ist bei Tumoren sehr gering, meist höher bei idiopathischem Hydrocepahlus. Andere Druckvariationen, die der Berücksichtigung bedürfen, sind die durch Atmung, durch Husten, Weinen, durch Veränderung der Kopfhaltung, durch Kompression der Jugularvenen hervorgerufenen. Die diagnostischen Schlüsse des Verf.s sollen noch nicht in allen Fällen anwendbare, endgültige Resultate darstellen.

Schou (80) sucht den Durchschnittsfehler bei der Zellzählung des Liquors zu bestimmen durch Auszählung von je 6 Kammerfüllungen des verschiedenen Liquores mit 1—50 Zellen. Wie zu erwarten, war der Durchschnittsfehler um so größer, je weniger Zellen im Kubikmillimeter enthalten sind. Seine Resultate stimmen gut mit den Zahlen überein, die sich aus der Prozentberechnung der einzelnen Zahlenwerte errechnen lassen. Er faßt dahin zusammen: Wenn die Zellenzahl über 30 liegt, beträgt der Fehlerprozent weniger als 10%; wenn die Zellenzahl zwischen 10 und 30 Zellen liegt, beträgt der Fehlerprozent 10—15%; wenn die Zellenzahl unter 10 liegt, ist der Fehlerprozent über 15%. Für den Anfänger ist der Hinweis beachtlich, daß die Zählung immer erst 2—3 Minuten nach Beschicken der Kammer vorgenommen wird, weil sonst beständig der Tubus gedreht werden muß.

Eskuchen (14) fand bei 346 Fällen von Metalues und Lues des Zentralnervensystems in 9,53% einen positiven Liquor-Wa. neben negativem Blut-Wa. Paralysen zeigten dieses Phänomen nur in 5,5 Proz. Die einfachste Erklärung ist die Möglichkeit der Entstehung von Luesreaginen im Z.-N-System. Verf. betont die Wichtigkeit der Fälle mit neg. Blut-Wa. in Anbetracht des Umstandes, daß in dem Buch von *Boas* noch 100 Proz. positiver Blut- und Liquor-Wa. für Paralysen angegeben wird. *E.* hat die Fälle kürzlicher Behandlung bis zum neg. Blut Wa. ausdrücklich bei seiner Untersuchungsreihe fortgelassen. Die Wahrscheinlichkeit bei neg. Blut Wa. positiven Liquor Wa. zu erhalten ist bei Tabes 25 Proz., bei Lues cerebrospin. 42,4 Proz.; bei Paralyse 80 Proz.

Kafka (40) weist in seiner II. Mitteilung besonders auf die Bedeutung der durch Inaktivierung erzielten Abschwächung des Liquor-Wa. für die Paralysetherapie hin. Es folgen theoretische Erwägungen über die Natur der Wa.-R. Die Annahme *Weisbachs* über die Labilisierung der Globuline kann *Kafka* für den Liquor nicht bestätigen als Ursache der Wa.-R., Serum und Liquor sind in Bezug auf die Ursache der Wa.-R. nicht leicht zu vergleichen. Die Liquoruntersuchungen sprechen dafür, daß Lipoide sowohl die Wa.-R. wie die Dispersitätsänderung der Globuline bewirken. Auch für das *Eicke-Rizzo*sche Phänomen sind thermolabile Lipoide verantwortlich zu machen.

Elkeles (12) möchte die von allen Nachuntersuchern bestens beurteilte *Meinicke*-Trübungsreaktion auch auf Liquoruntersuchung ausdehnen. Seine Versuche haben ihn zu einer Methode geführt, mittelst der er durch Serumzusatz zum Liquor und

geeigneter Punktatmengen spezifische Trübungen und Flockungen erzielt. Verf. berichtet eine nahezu vollkommene Übereinstimmung mit der Wa. R. Die Methode soll sich nicht für andere Punktate wie der Pleura, für Ascites, für Hautblaseninhalt eignen.

Sahlgren (72) findet mit anderen die Sublimatreaktion nicht nur spezifisch für Lues; auch tuberkulöse Meningitiden können eine kräftige Reaktion geben. Eine negative oder schwache Sublimatreaktion im Verhältnis zu starker Phase I-R. spricht für nichtluetische Meningitis (oder Kompression). Verf. vergleicht die Sublimatlösung mit den kolloidalen Lösungen.

Die Dold-Reaktion soll sich nach *Rochow* (67) auch für Liquoruntersuchungen eignen. Auswertung bis 1,0 Liquor ist erforderlich, da sie häufig erst in den höheren Werten positiv ist. Versager sind etwas häufiger als bei Wa.-R. Es ist Früh- und Spätablesung erforderlich.

Blank und *Restemeier* (7) halten die Kostenfrage und die Schwierigkeiten bei Herstellung geeigneter Goldsollösungen nicht für sehr groß. Die Goldsolreaktion war bei Lues cerebrospinalis und Paralyse der Wa.-R. bedeutend überlegen. Für beide Krankheiten fanden sie genau abgrenzbare, spezifische Kurventypen. Auch bei Tabes sahen sie nie eine negative Reaktion, der „tabische Typus" war aber inkonstant. In keinem Fall von Neurolues ließ die Reaktion im Stich. Bei Encephalitis lethargica ist die Reaktion bisweilen, bei multipler Sklerose und Tumoren in einer Reihe von Fällen positiv. — *Custer* (9) gibt einige Anweisungen von Herstellung brauchbarer Goldsollösungen. — *Biberfeld* (6) gibt in ausführlicher Darlegung seine Erfahrungen mit der Goldsolreaktion wieder. Zunächst die Herstellung der Goldsollösung nach der Originalvorschrift von *Lange*. Die wichtigste Rolle spielt das bidestillierte Wasser. Verf. gebraucht einen kleinen Kunstgriff, um konstante hochrote Farbe zu erzielen. Betont wird die Wichtigkeit der Bestimmung der Salzempfindlichkeit jeder Lösung und der Ansicht entgegengetreten, daß Salzlösungen unter 0,4% nicht brauchbar sein. Bei normalem Liquor fand auch Verf. bisweilen in den Gläschen 1 : 40—1 : 80 eine leichte Verfärbung. Bei Lues latens-Fällen war eine leichte „Lueszacke" mehrfach die einzige Liquorveränderung. Die für Paralyse typische Kurve wurde immer gefunden in den echten Paralysefällen, einige Male auch da, wo der Liquor-Wa. bei Auswertung negativ blieb. Bei Abweichungen von der typischen Kurve ist immer an Mischformen oder Hirnsyphilis zu denken. Die Malariabehandlung beeinflußt die Liquorveränderungen in verschiedener Reihenfolge. Zuletzt werden G.-R. und Liquor-Wa. abgeschwächt. Prognostische Schlüsse sind indessen nur mit großer Vorsicht zu ziehen. Bei Tabes fand Verf. keine typischen Paralysenkurven, wie andere Untersucher, eher waren Lues cerebri-ähnliche Reaktionsbilder vorhanden. Bezüglich Taboparalyse werden *Kastans* Befunde bestätigt. Die Lues cerebri-Fälle haben ein typisches Kurvenbild und das ist in zahlreichen Fällen die einzige Liquorveränderung. Bei nicht-luetischer Meningitis fand sich die typische Rechtsverschiebung des Kurvenmaximums; jedoch auch Abweichungen hiervon. Weitgehender Parallelismus besteht zwischen G.-R. und Normomastixreaktion. — Im theoretischen Teil der Arbeit sind Versuche mit anderen Salzlösungen be-

schrieben, ferner mit Fällungen durch Salzsäure, wodurch Einblicke in das Wesen der Schutzwirkung des Liquors gewonnen sind. Überempfindliches Goldsol konnte Verf. durch Zusatz von Alkalimengen gut und brauchbar stabilisieren. Andere wichtge theoretische Ergebnisse sind im Original nachzulesen.

Die Normomastixreaktion *Kafkas* erfährt in *Schmitts* Arbeit (77) eine sehr gute Beurteilung. Die mit Normosal erzielten Kurven erscheinen breiter und ausgeprägter gegenüber der entsprechenden Kochsalzkonzentration mit Alkalizusatz. Gegenüber Goldsol-R. hat die Normo-M.-R. den Vorzug eines konstanteren Kochsalztiters. Sie läßt auch die Grenzfälle pathologischen Liquors schärfer hervortreten als die Goldsol-R. Besonders wertvoll erscheint auch dem Verf. die Vorschaltung höherer Liquorkonzentrationen. Paralytische und luetisch-meningitische Kurventypen gehen auch bei der N. M. R. öfter ineinander über. Verf. glaubt auch nicht, daß negative N. M. R. eine luetische Erkrankung des Zentralnervensystems ausschließt. — *Thurzó* und *Kulczár* (92) machen kurz die Technik ihrer zwei Farbstoffe (Naphthalgrün B und Brillantfuchsin) enthaltenden Mastixreaktion bekannt. Die Reaktion stimmt mit der Normomastixreaktion weitgehend überein. — Bedeutungsvoll ist *Goebels* (25) Arbeit und theoretische Auffassung von der Mastixreaktion. In technischer Hinsicht benutzte er eine einfache Methode, die sich der Emanuelschen Originalmethode nähert. Verf. verwirft den Salzverversuch und benutzt 0,8% Kochsalzkonzentration. Nach links dehnt *G.* die Kurve nur bis $^1/_2$ Liquor: $^1/_2$ Kochsalzzusatz aus und findet das erste Glas nach *Kafka* irreführend. Zum Verständnis der ganzen Reaktion stellt Verf. eine „Arbeitshypothese" auf. Nach ihm gelangen in den Liquor vom Blutplasma aus grob disperse (Fibrinogen), feiner disperse (Globuline) und feinst disperse (Albumine) Eiweißkörper. Anders das Zellprotoplasma, das feinst disperse Eiweißkörper nicht enthält. Die verschiedene Dispersität der verschiedenen Eiweißkörper ist maßgebend für den Ausfall der Kurve. Die Wechselwirkung der fällenden Globuline und der lösungvermittelnden Albumine bedingen offenbar den verschiedenen Reationsausfall, der durch Elektrolytzusatz (die NaCl-Lösung) in Erscheinung tritt. Jede Kurve wird nach dieser Hypothese gedeutet und *G.* findet demnach keine spezifische Kurve für irgendeine Krankheit; insbesondere gibt es keinen nur bei luetischen Erkrankungen auftretenden Kurventyp. Verf. unterscheidet Kurven von transsudativ-exsudativen Prozessen, die Serumeiweiß in den Liquor gelangen lassen und Kurven von degenerativ-alterativen Prozessen, die Zelleiweiß dem Liquor beimengen und typische Kurven für Erkrankungen, die beide Prozesse in wechselnder Stärke hervorrufen. Daher die Veränderungen der Kurven im Verlauf derselben Krankheit und die diagnostische Bedeutung der Mastixreaktion nur unter starker Heranziehung der klinisch-neurologischen Befunde und der anderen „4 Reaktionen". Das ausgedehnte Material soll in diesem Zusammenhange noch ausführlich veröffentlicht werden.

Die von den Franzosen vorwiegend geübte Benzoereaktion hat *Ewald* (16) zur Nachprüfung angeregt. Er betont zunächst, daß die wenigen deutschen Nachuntersucher (*Kafka*) sie der Mastix- und Goldsol-R. als unterlegen einschätzen. Die an sich einfache Technik wird ausführlicher besprochen. Es werden nur drei Ausflockungsgrade unterschieden: 2 = vollkommene Ausflockung; 1 = geringer

Niederschlag; 0 = keine Veränderung der Suspension in den Röhrchen. Je nach den ausgeflockten Gläsern der Vorversuchsreihe unterscheidet sich ein Normaltyp, Syphilitischer Typ, Meningitischer Typ. Aus den Ergebnissen ist hervorzuheben: Hirntumoren können Ausflockung in der Syphiliszone zeigen, so daß die Wa.-R. mitgewertet werden muß. Ähnlich ging es mit der multiplen Sklerose. Bluthaltiger Liquor täuscht oft eine Syphiliszone vor. Eine ganz vereinfachte Reaktion nach *Guillain, Laroche* und *Lechelle* mit nur 5 Röhrchen kam zu denselben Ergebnissen.

Kirschberg (45) veröffentlicht die Technik seiner Berliner-Blaureaktion und stellte dieselben Versuche mit kolloidalem Indigo an. Die Reaktion soll zunächst nur eine rasche Feststellung pathologischer Veränderungen im Liquor ermöglichen. Zur Diagnostik nicht luetischer Erkrankungen hat Verf. die Reaktion noch nicht eingehend verwandt.

Die Befunde *Freundlichs* (20) mit der Kollargolreaktion sind zu wenig zahlreich, insbesondere an Metaluesfällen, um ein Urteil über die Methode abzugeben. Auch die Fällungen mit eiweißhaltigen Harnen geben noch keine einheitlichen verwertbaren Resultate. — Auf Grund zahlreicher Versuche beurteilt *Krüskemper* (49) mit einer etwas anderen, auch sehr einfachen Technik die Kollargolreaktion dahin, daß Ausflockung nur bei pathologischen Liquoren entsteht. Bei Tabes und Lues cerebri war die Reaktion, anders als bei *Stern* und *Poensgen*, fast immer positiv. Die Kurven waren zur Differentialdiganose nicht zu verwerten. Die Reaktion ist weniger empfindlich als die Goldsol- und Mastix-R., sie ist unspezifisch.

Gennerich (22) will durch Verwendung chemischer Lösungen im Lumbalsack an Leichen beweisen, daß bei metaluetischen Krankheitsherden dauernd eine Diffusion des Liquors durch die zerstörte Pia hindurch stattfindet, stellenweise durch die ganze Rinde hindurch. Auf Grund dieser Nähr- und Resistenzschädigung wandern die Spirochäten in das Nervenparenchym ein. So erklärt *G.* auch die Tatsache, daß ein metaluetisch erkranktes Rückenmark nur den vierten Teil Dosierung bei endolumbaler Behandlung verträgt, als ein normales. Die Auffassung *G.*s begegnete in der Diskussion vielseitigem Widerspruch.

Schmitt (76) möchte den von *Nast* geprägten Ausdruck Liquorlues durch die Bezeichnung Meningolues ersetzt wissen, weil der pathologische Liquorinhalt nicht diesem selbst, sondern seinen Produktionsstätten entstammt. Auf die Wichtigkeit der Lumbalpunktion bei latenter Lues ist hingewiesen. Es folgen Bemerkungen über Technik der Lumbalpunktion, Meningismus. Auch Verf. gibt auf Grund von 7 auffallenden Befunden der Liquordrainage durch das Punktionsloch der Dura die Schuld am Meningismus.

Pappenheim (60) unterzieht die Literatur über Liquorbefunde bei nicht nervöser Lues einer kritischen Durchsicht, besonders eine Arbeit von *Fleischmann* (vgl. diesen Literaturbericht 1921, S. 117*). Die Angabe, daß Infektion des Zentralnervensystems vor der des Blutkreislaufes erfolge, wird angezweifelt. Wichtig ist die besonders auch von *Fuchs* gemachte Feststellung, daß viele Fälle von schweren Liquorveränderungen in der Spätlatenz von nervösen Störungen freibleiben. Umgekehrt erkranken eine große Zahl der in der Spätlatenz freien Fälle

an Metalues. Das Negativwerden der Serumreaktion scheint ein günstiges Zeichen hinsichtlich kommender Metalues zu sein. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Erkrankung der Zentralorgane sich unabhängig von der der Meningen vollzieht, nicht aus einer Meningitis der Sekundärperiode allmählich herausbildet und daß das Problem der Metalues nach wie vor in Dunkel gehüllt ist. Damit verliert auch der Liquorbefund in der Latenz als Richtschnur therapeutischen Handelns seine Bedeutung.

Entsprechend den Anschaungen, die *G.* in der oben beschriebenen Arbeit über die Mastixreaktion dargelget hat, finden *Goebel* und *Peters* (26) in dieser Reaktion ein wichtiges differentialdiagnostisches Mittel zwischen multipler Sklerose und Rückenmarkskompression. *Nonnes* Syndrom: starke Phase I bei fehlender Pleocytose, für Kompression des Rückenmarks, findet eine Erweiterung durch eine typische Rechtsverschiebung der Mastixausfällungskurve. Rückenmarkskompression ist nach Verff. ein typischer Repräsentant eines exsudativ-transsudativen Prozesses, während die multiple Sklerose ein solcher eines alterativ-degenerativen Prozesses ist, mit der entsprechend zugehörigen Mastixkurve, d. h. Hauptfällung bereits in den ersten Gläschen. Auf einen Parallelismus zwischen Rechtsverschiebung der Mastixkurve und einer relativ starken Phase I und schwachen Weichbrodt-Reaktion wird hingewiesen. Ferner auf die Abgrenzung der beiden nichtluetischen Erkrankungen von den luetisch bedingten.

Aus den Ergebnissen *Jacobis* (31) sei hervorgehoben, daß Interferometerwerte von 1400 und darunter als normale Breiten angesprochen werden müssen. Bei denselben Patienten ergeben wiederholte Punktionen erheblich schwankende Interferometerwerte. Werte über 1400 wiesen auf organische Prozesse hin. Niedere Werte schließen indessen organische Prozesse nicht aus. Zu bedenken ist, daß auch anorganische Stoffe den Interferometerwert beeinflussen. Die Werte gehen nicht parallel mit dem Ausfall anderer Liquorreaktionen. 32,1% der Paralysefälle geben keinen der Norm gegenüber erhöhten Interferometerwert. — In einer anderen interferometrischen Untersuchunsgreihe glaubt sich *Jacobi* (32) zu dem Schluß berechtigt, daß der Liquor eine Konzentrationsminderung des Eiweißes mit zunehmender Höhe des spinalen Arachnoidealsackes zeigt. Diese Tendenz kam in den gleichzeitig angestellten Eiweißreaktionen nicht zum Ausdruck. — *Matzdorff* (53) fand bei entsprechenden Untersuchungen auch geringe Unterschiede in der Konzentration der verschiedenen Portionen, ohne daß der stärkste Konzentrationsgrad stets in einer bestimmten Portion vorhanden gewesen wäre. Unter bestimmten, vielleicht krankhaften Bedingungen vermutet Verf. eine Abhängigkeit von der Flüssigkeitsaufnahme der untersuchten Person. — *Wittgenstein* (94) untersuchte den Zuckergehalt des Liquors unter Anwendung der minimetrischen Methode von *Mandel* und *Stendel* (kalorimetrisch). Es ergaben sich relativ sehr konsante Normalwerte (45—60 mg %); sie betrugen 50—80% des Blutzuckerwertes. Physiologische Schwankungen des Blutzuckerwertes veränderten den Liquorzuckerwert nicht. Erhöhter Liquorzucker ist von differentialdiagnostischer Bedeutung für Enzephalitis. Epilepsie zeigt nach dem Anfall meist Erhöhung. Ein gewisser entgegengesetzter Parallelismus besteht zwischen Liquorzellzahl und Liquorzucker. Bei den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems stehen die Befunde in Beziehung zu den 4 Reaktionen.

10. Gerichtliche Psychiatrie.

Ref.: H. Müller-Dösen.

1. *Aschaffenburg, G.* (Köln), Das Verbrechen und seine Bekämpfung. Bd. 3 der Bibliothek der Kriminalistik. 3. Aufl. Heidelberg, Carl Winter. 367 S. 10,— M. (S. 183*.)
2. *Baumgarten, A.*, Der deutsche Strafgesetzentwurf von 1919. Mtsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. Jahrg. 14, H. 4/7, S. 97.
3. *Belbey, José C.*, Die Suggestion beim Verbrechen. Semana méd. ann. 29, no. 47, p. 1065. (Spanisch.)
4. *Beyer, Alfred*, Die Irrengesetzgebung. Volkswohlfahrt Jahrg. 4, Nr. 4, S. 103.
5. *Bischoff, Ernst* (Hamburg), Kasuistische Mitteilungen über Anleitung zur Simulation von Geisteskrankheit. Arch. f. Kriminologie. Bd. 75, H. 4, S. 291.
6. *Bruchansky, N.* (Moskau), Das reaktive psychotische Syndrom und sein klinisches Bild in der Untersuchungshaft. Arch. f. Psych. Bd. 68, H. 1/2, S. 75.
7. *Burt, Cyril*, The causal factors of juvenile crime. (Delinquency and mental defect I u. II.) British journ. of med. psychol. vol. 3 no. 1, p. 1; no. 3, p. 168.
8. *Curschmann, Hans* (Rostock), Alzheimersche Krankheit. Sitzungsbericht v. 22. II. 23. Münch. med. Wschr. Nr. 14, S. 447.
9. *Doerr, Fr.*, Das Jugendgerichtsgesetz vom 16. II. 1923. Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswissensch. Bd. 44, H. 3, S. 213.
10. *East, W. Norwood*; *Burt, Cyril*, *Shrubsal, F. C.*; *Stoddart, W. H. B.*, Delinquency and mental defect. I—IV. British journ. for mental psychol. vol. 3, no. 3, p. 153, 168, 179, 188.
11. *Fischer, Bruno* (Prag), Die forensische Bedeutung der Amnesie und ihre Erklärung bei paranoischen Zuständen. Deutsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 1, H. 12, S. 743.
12. *Focher, Ladislaus* (Budapest), Ergebnisse psychiatrischer Beobachtungen an jugendlichen Verwahrlosten und Verbrechern während der letzten 12 Jahre. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ergebn. Bd. 31, H. 7—8, S. 305.
13. *Foersterling, W.* (Landsberg. a. W.), Zum neuen Irrenschutzgesetzentwurf. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 31/32, S. 183.
14. *Forel, O.-L.* (Waldau, Bern), Masochismus und Kleptomanie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 478 u. Schweizer Archiv f. Neurol. u. Psych. Vol. 12, H. 1.
15. *Frank, Ludwig* (Zürich), Seelenleben und Rechtsprechung. Leipzig u. Zürich, Grethlein & Co. 410 S. 3,— M.
16. *Friedländer, A. A.* (Freiburg i. Br.), Hypnose und Rechtspflege. Ein

volkshygienisches Mahnwort über die Gefahren der Hypnose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 84, S. 325. (S. 183*.)

17. *Fritzsche*, Die Beziehungen hysterischer Erscheinungen zur multiplen Sklerose in ihrer gutachtlichen Bedeutung. Ztschr. f. ärztl. soz. Versorgungswesen Jahrg. 2, H. 10.
18. *Fuchs, W.* (Emmendingen), Allopselaphie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 79, H. 1/2, S. 124.
19. *Geisweid, Ernst* (Coblenz), Über posttraumatische Pseudodemenz nebst Mitteilung von vier Fällen mit Berücksichtigung ihrer Unfallbegutachtung. Inaug.-Diss. Bonn.
20. *Gelma, S.*, Un centre d'études de psychiatrie des prisons et de médicine pénitentiaire à Straßburg. Ann. de méd. leg. ann. 3, no. 9, p. 554.
21. *Göring, M. H.* (Gießen), Der Wert der neuen Forschungen auf dem Gebiete der inneren Sekretion für die Kriminologie. Arch. f. Kriminologie. Bd. 73, H. 3/4, S. 243.
22. *Derselbe*, Über Simulation psychischer Störungen in Kriegsgefangenschaft. Mtsschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Jahrg. 13, H. 8/12.
23. *Goldberger, Márk*, Kriminalität und Rückbildungsalter. Gyogyaszat ann. 1923, no. 33—35. (Ungarisch.)
24. *Gruhle, Hans W.* (Heidelberg), Die Verwendung der Hypnose und die Mitwirkung von Medizin in der Rechtspflege. Zeistchr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 82 (Bleuler-Festschrift), S. 82. (S. 184*.)
25. *Haberda, Albin* (Wien), E. R. v. Hofmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 10. Aufl. II. Teil, V. Die gerichtliche Psychopathologie bearbeitet von *J. v. Wagner-Jauregg*. Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. 1144 S. 31,20 M. (S. 181*.)
26. *Härleman, G.*, Die Befugnisse der Polizeibehörde bei der Untersuchung auf Geisteskrankheit. Svenska läkaretidn. ann. 20, no. 13, S. 312.
27. *Hellwig, Albert* (Amtsrichter in Berlin-Friedenau), Kriminalwissenschaft und Kriminalrechtswissenschaft. Mtsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 13, H. 8/12, S. 256.
28. *Derselbe* Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen Hypnose und Verbrechen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 14, S. 157.
29. *Herschmann, H.* (Wien), Psychiatrische Abhandlungen zur Strafrechtsreform. III. Über Verbrechen an Geisteskranken und ihre strafgesetzliche Ahndung. IV. Psychiatrie und Strafprozeßrecht. Jahrb. f. Psych. Bd. 42, H. 1, S. 41; H. 2/3, S. 123.
30. *Hildebrandt, Kurt* (Berlin), Die Lehre von Norm und Entartung in der Kriminologie. Arch. f. Kriminol. Bd. 75, H. 2, S. 118.
31. *Horn, Paul* (Bonn), Dementia praecox und Unfall. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 13, S. 145. (S. 185*.)
32. *Derselbe*, Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer

und privater Versicherung, Militärversorgung und Haftpflichtfällen, für Ärzte und Studierende. Berlin, J. Springer. 1922. 280 S.

33. *Huebner, A. H.* (Bonn), Die forensische Bedeutung der Encephalitis epidemica. Sitzungsbericht v. 12. III. 1923. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 32, H. 5, S. 299.

34. *Huebner, A. H.* (Bonn), Die forensische Bewertung der sexuellen Konstitution. Vortragsbericht (Ärztl. Ges. f. Sexualw., Berlin, März 1923). Deutsche med. Wschr. Nr. 15, S. 500.

35. *Huebner, A. H.* (Bonn), Untersuchungen an sexuell Abnormen. (Klinisches und Forensisches. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 278. (S. 185*.)

36. *Jacobi, Walter* (Jena), Forensische Geständnisse unter Hypnose. Ztschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 2, H. 6, S. 632.

37. *Kahn, Eugen* (München), Zurechnungsfähige Schizophrene. Sitzungsbericht v. Juli 1923. (Verein bayr. Psychiater.) Münch. med. Wschr. Nr. 47, S. 1424.

38. *Kalmus, E.* Soziale Fürsorge als Mittel zur Verbrechensverhütung. Deutsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 2, H. 2, S. 117.

39. *Kockel, Richard* (Leipzig), Die gerichtliche Sektion. Handburch der biologischen Arbeitsmethoden, herausgeb. von E. Abderhalden, Abt. 4, T. 12, H. 1. Berlin u. Wien. Urban & Schwarzenberg. (S. 182*.)

39a. *König, H.* (Bonn), Erfahrungen über den Einfluß der intravenösen Salvarsanbehandlung auf den Verlauf der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 350. (S. 185*.)

40. *Leppmann, Friedr.* (Berlin), Der Giftmordprozeß K. u. Gen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 11/12, S. 121.

41. *Liepmann, M.* (Hamburg), Der deutsche Strafgesetzentwurf. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 79, H. 3/4, S. 185.

42. *Marienfeld, O.* (Rostock-Gehlsheim), Über einen Fall von Kriegsdienstverweigerung aus religiösen Gründen. Psych.-nerrol. Wschr. Nr. 25/26, S. 155.

43. *Meagher, John F. W.*, Insanity as a defensif plea in crime. A critical review. Journ. of nerv. and mental dis. vol. 58, no. 4, p. 310.

44. *Mezger, Edmund*, Die Behandlung der gefährlichen Gewohnheitsverbrecher. Mtsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsref. Jahrg. 14, H. 4/7, S. 135.

45. *Mönkemöller* (Hildesheim), Die Entmündigung des Psychopathen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jahrg. 14, H. 1/3, S. 28.

46. *Parmelee, Maurice*, Civilisation und Verbrechen. Arch. f. Kriminol. Bd. 75, H. 4, S. 259.

47. *Pfeiffer, Hermann* (Graz), Der biologische Blutnachweis, Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Herausgeg. von E. Abderhalden. Abt. 4, T. 12, H. 1.) Berlin u. Wien. Urban u. Schwarzenberg. (S. 182*.)

48. *Picard, P.*, La névrose des assurés; expériences judiciaires. Rev. méd. de la Suisse rom. Ann. 42, no. 12, p. 769.
49. *Pietrusky, F.*, Die gerichtsärztliche und sozialärztliche Bedeutung der Kastration und Sterilisation als Heilmittel. Deutsche Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 3, H. 2, S. 120.
50. *Planner, Karl*, Die Verwahrlossung. Mtschr. f. Kinderheilk. Bd. 24, H. 6, S. 813.
51. *Plötner, Erich* (Bonn), Über die Rechtsprechung des R. V. A. bei Selbstmord. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 16, S. 181.
52. *Raecke, Julius* (Frankfurt a. M.), Simulation geistiger Störungen. Sitzungsber. v. 16. 4. 1923. Deutsche med. Wschr. Nr. 26, S. 870.
53. *Raw, Nathan, Robertson* and *Worth*, Report of the Committee of criminal responsability. Journ. of mental dis. vol. 69, no. 285.
54. *Read, C. Stanford*, Society and the criminal. Journ. of neurol. and psycho-pathol. vol. 4, no. 13, p. 35.
55. *Rehm* (Ellen-Bremen), Die jugendliche Prostitution. Vortragsbericht (V. der Irrenärzte Niedersachsens u. Westfalens), Hannover 5. 5. 23. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 5, S. 300.
56. *Derselbe*, Die Verwahrlosung der Großstadtjugend. Vortragsbericht (V. Norddeutscher Psych. u. Neurol. u. Ges. der Neur. u. Psych. Groß-Hamburgs), Hamburg-Friedrichsberg, Juni 1923. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 33, H. 7/8, S. 463.
57. *Reichardt, Martin* (Würzburg), Zur Begutachtung von nervösen Unfallfolgen. Klin. Wschr. Nr. 25, S. 1171.
58. *Reichel, Hans* (Hamburg), Geisteskrankheit und Geschäftsfähigkeit. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 3, S. 34.
59. *Derselbe*, Geisteskrankheit als Ehehindernis. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 6, S. 64.
60. *Rein, Oskar* (Landsberg a. W.), Zur Frage der Irrengesetzgebung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 13/14, S. 86.
61. *Rittershaus* (Hamburg), Zur Frage der psychiatrischen Gutachtertechnik. Mtschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, H. 2/3, S. 165.
62. *Rixen* (Brieg), Strafvollzugsunfähigkeit und Anstaltspflegebedürftigkeit. Psych.-neurol. Wschr. 5/6, S. 25.
63. *Rizatti, Ennio* (Parma), Contributo allo studio dell' arteria meningea media nei delinquenti. Riv. speriment. di fren. e med. leg. delle alien. ment. vol. 46, fasc. 3/4, p. 340.
64. *Rodiet, A.*, De la responsabilité civile des parents ou amis ayant provoqué la sortie de l'aliéné (en cas de crime ou délit). Ann. de méd. leg. ann. 3, no. 3, p. 128.
65. *de Roos, J. R. B.* u. *Suermondt, G. L.*, Die Kriminalität in den Niederlanden während und nach dem Kriege. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jahrg. 14, H. 4/7 S. 113.

66. *Schultze, E.* (Göttingen), Psychiatrie und Strafrechtsreform. Berlin. J. Springer. 1922. 111 S.
67. *Derselbe*, (Göttingen), Vergleichende psychiatricshe Kritik neuzeitlicher in- und ausländischer Entwürfe zu einem Strafgesetzbuch. Arch. f. Psych. Bd. 68, S. 568. (S. 182*.)
68. *Simon, Hermann* (Gütersloh), Zu den „Grundzügen zu einem Schutzgesetz für Geisteskranke". Gutachtliche Äußerung. Psych.-neurol. Wschr. Nr. 39 40, S. 215.
69. *Stekel, Wilh.* Die Impotenz des Mannes (D. psych. Störungen d. männl. Sexualfunktion). 2. verm. Aufl. (Die Störungen d. Trieb- u. Affektlebens, 4.) Berlin, Urban & Schwarzenberg. 572 S.
70. *Stekel, Wilh.* (Wien), Onanie und Homosexualität (die homosexuelle Parapathie). 3. Aufl. Berlin u. Wien. Urban & Schwarzenberg. (Die Störungen des Trieb- u. Affektlebens, 2.) 600 S. (S. 184*.)
71. *Tamburini, Arrigo* (Ancona), Considerazioni sull'isterismo e la psicodegenerazione a proposito di una donna ladra prostituta, calumniatrice. Archivio di antropol. crim., psich. e med. leg. vol. 43, fasc. 2, p. 101.
72. *Vidoni, Giuseppe* (Genova), Valore e limiti dell' endocrinologia nello studio del delinquente. Con avverti di N. Penda. Torino, Fratelli Bocca. 125 p.
73. *Vidoni, G.* e *Cabitto, L.* (Genova), Contributo allo studio della personalità in antropologia criminale. Giorn. di psich. clin. e tecn. manicom. ann. 50, fasc. 3 4, p. 101.
74. *Vocke* (Eglfing), Zum Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch vom Jahre 1919. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 3/4, S. 167.
75. *Weiler, Karl*, Kriegspsychiatrische Erfahrungen und ihre Verwertung für die Strafrechtspflege im allgemeinen. Mtschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform Jahrg. 13, H. 5/7, S. 165; vgl. Bd. 12, S. 282.
76. *Wendt, Erich* (Waldheim), Zur Frage der Unterbringung der kriminellen Geisteskranken und der Vermindertzurechnungsfähigen in Sachsen unter Berücksichtigung des § 88, 1 des Entwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch vom Jahre 1919. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 79, H. 3/4, S. 200.
77. *Weygandt, W.* (Hamburg), Ärztliches im Deutschen Strafgesetzentwurf 1919. Deutsche med. Wschr. Nr. 16, S. 521.
78. *Wiedman, G. O.* (Hartford, Conn.), Observations of a juvenil-court psychiatrist. American. journ. of psych. vol. 2, no. 3, p. 459.

v. Wagner-Jauregg (25) hat das Gebiet der gerichtlichen Psychiatrie in gedrungener Form mit sicherer Beschränkung auf das Wesentliche behandelt, es umfaßt nur 103 Seiten. Die Darstellung ist klar und liest sich gut. Das österreichische und das deutsche Recht werden nebeneinander besprochen. Der Stoff teilt sich in 4 Kapitel: I Zurechnungsfähigkeit, II Dispositionsfähigkeit, III Verhandlungsfähigkeit und IV Zulässigkeit der Anhaltung in der Irrenanstalt. Verf. be-

ginnt mit dem Zweck der Strafrechtspflege und dem Problem der Willensfreiheit. Er bemängelt es, daß in den deutschen Gesetzen eine genaue Umschreibung der forensischen Aufgaben des Psychiaters fehle, wie sie der § 134 öst. StPO. biete, und will — nicht ganz im Einklang mit dem deutschen Gebrauch —, daß der Sachverständige es ablehnt, sich über die Frage der Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit überhaupt zu äußern, da dies Sache des Richters sei, sich vielmehr auf den Nachweis des Vorhandenseins von geistigen Störungen und ihres Einflusses auf das Handeln beschränkt. Von Verbrechen in Hypnose sagt er, daß die Frage theoretisch zweifelhaft und praktisch bisher ohne Bedeutung sei. Häufiger käme es vor, daß an Hypnotisierten strafbare Handlungen begangen oder solche fälschlich behauptet würden. Bei der Entmündigung setzt er auseinander, daß die Begriffe „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" des österreichischen Gesetzes nicht quantitative Unterschiede bedeuten, wie im deutschen Gesetz, sondern nur qualitative. Im Kapitel IV werden die §§ der österreichischen Entmündigungsordnung besprochen, welche ein nachträglich einzuleitendes umständliches gerichtliches Verfahren bei allen Anstaltsaufnahmen bestimmen, die nicht durch ein Gericht verfügt worden sind. Wenn dies Verfahren tatsächlich so gehandhabt wird, muß es, auch für den Kranken, sehr lästig sein.

Kockel (39) liefert eine vorzügliche und ausführliche Darstellung nicht nur der Sektion, sondern der gesamten gerichtsärztlichen Technik bei Todesfällen. Zunächst wird die Leichenschau besprochen, u. zw. die Ortsbesichtigung, die Identifizierung der Leiche — wobei besonders die Daktyloskopie sehr eingehend und mit vorzüglichen Abbildungen geschildert wird —, die Feststellung des Todes, der Todeszeit und der Todesursache. Einen größeren Raum beansprucht die Besprechung der Leichenöffnung mit allem, was dazu gehört. Hier geht Verf. bei der Durchnahme des Verlaufes der Sektion auf die Einzelheiten sorgfältig ein, indem er erläutert, was in jedem Stadium der Sektion zu beachten ist. Die Sektion bei Vergiftungen, an Neugeborenen und bei Enterdigungen wird besonders besprochen. Das Werk kann aufs wärmste empfohlen werden.

Die im gleichen Heft, wie *Kockels* „gerichtliche Sektion", erschienene Abhandlung von *Pfeiffer* (47) schildert sehr sorgfältig die Verfahren zum Nachweis der Artzugehörigkeit des Blutes. Er hebt hervor, daß die Untersuchungen viel Übung und Sachkenntnis erforderten und unbedingt nur von fachmännisch Gebildeten, bzw. in einem Seruminstitut oder in dafür ausgerüsteten Arbeitsstätten ausgeführt werden sollten. Am ausführlichsten wird die Präcipitinprobe (*Uhlenhuth*, *Wassermann-Schütze*) besprochen. Neben ihr hat sich, wie Verf. ausführt, in der Sachverständigentätigkeit bis heute kein anderes Verfahren durchzusetzen vermocht, weil sie im allgemeinen zur Begründung eines verläßlichen Urteils genügt. Da es aber Fälle gibt, wo sie versagt, und da es erwünscht sein kann, das Urteil auf einem zweiten Wege zu stützen, empfiehlt Verf. auch die beiden anderen Methoden, welche sich gleichfalls bewährt haben, freilich nicht so bequem sind: Die Komplementbindungsmethode (*Neißer* und *Sachs*) und die Überempfindlichkeitsprobe.

Schultze (67) stellt in übersichtlicher Weise das Wesentliche der erwünschten

Neuerungen zusammen. Er hebt die eigenartige Tatsache hervor, daß gleichzeitig in mehreren Ländern, auch ohne äußeren Zwang, ein Bedarf nach Änderung des StGB. zutage getreten ist, und sieht die Ursache dazu in schlechten Erfahrungen, die mit den bisherigen Gesetzen gemacht worden sind. Die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise scheint ihm neue und aussichtsvolle Wege der Bekämpfung des Verbrechens zu eröffnen. Er beschäftigt sich dann mit der Zurechnungsfähigkeit und mit den Sicherheitsmaßnahmen bei Geisteskranken und Trinkern und führt zum Schluß die einschlägigen Paragraphen der nichtdeutschen StGB.-Entwürfe an.

Das in weiten Kreisen geschätzte Werk *Aschaffenburgs* (1) über die Bekämpfung des Verbrechens ist in 3. Auflage erschienen und hat den Zeitläufen Rechnung getragen. Der Geist der Frontsoldaten und der Etappe, die wirtschaftlichen Nöte der Kriegs- und Vorkriegszeit, die Rechtsunsicherheit unserer Tage sind hineingearbeitet worden. Das Werk zerfällt in 3 Teile, welche die allgemeinen Ursachen des Verbrechens, seine individuellen Ursachen und seine Bekämpfung behandeln. Das Material ist sorgfältig gesammelt, vielfach in statistischen Tabellen zusammengestellt und kritisch verarbeitet. Die Schäden des Alkoholgenusses und ihre Bekämpfung sind besonders eingehend behandelt worden. Die viel umstrittenen Erblichkeitsfragen werden sehr vorsichtig abgewogen, *Lombrosos* Lehre wird ausführlich, u. zw. mehr im ablehnenden Sinne, besprochen, mit den Forschungen *Kretschmers* sind die neuesten Fortschritte der Wissenschaft in den Gerichtskreis einbezogen worden. Von der Sterilisation der verbrecherischen Persönlichkeiten sagt *A.*, die Frage sei beachtenswert, aber noch nicht genügend geklärt.

Friedländer (16) bespricht in großer Ausführlichkeit einen sehr interessanten Fall, in dem ein junger Mann, der von einem Laienhypnotiseur arg mißbraucht worden war, zwei Diebstähle begangen hatte und vom Gericht verurteilt worden, war während die Sachverständigen verschiedener Ansicht waren. Verf. selbst glaubt nicht an einen posthypnotischen Auftrag, hält aber den Täter für unzurechnungsfähig auf Grund eines „Dämmerzustandes" infolge „spontaner Autohypnose", wobei das Oberbewußtsein und seine Kontrolle ausgeschaltet war. Daneben läßt er noch die Erklärung als „Handlung unter einem unwiderstehlichen Zwang" zur Wahl, eine Annahme, die er aber selbst ablehnt. *F.s* Anschauung wird wohl, ebenso wie vom „Sachverständigen 2", von der Mehrzahl der Psychiater zurückgewiesen werden. Nebenher ist die Abhandlung eine Flucht in die Öffentlichkeit, um den Richtern über die Prozeßführung schwere Vorwürfe zu machen. Beherzigenswert ist jedenfalls die Mahnung, keine Sachverständigen zu ernennen, die nicht sachverständig sind. Zum Schluß folgen längere Auseinandersetzungen über das Hypnosenunwesen der Laien. Verf. hält es gleich anderen Forschern für möglich, daß geeignete Personen durch geeignete Hypnotiseure zur Begehung von Verbrechen gebracht werden, glaubt jedoch nicht, daß dies tatsächlich von besonderer Bedeutung sei. Sittlichkeitsverbrechen in Hypnose sind seiner Ansicht nach bei sittlich gefestigten Erwachsenen wenig zu fürchten, mehr aber bei Jugendlichen und Widerstandslosen. Die Möglichkeit von Gesundheitsschädigungen durch fehlerhaft ausgeführte Hypnosen scheint ihm erwiesen. Die gesetzlichen Vorschriften genügen seiner Ansicht nach zum Schutz gegen die Laienhypnosen nicht.

Gruhle (24) steht den in der Hypnose gemachten Aussagen zweifelnd gegenüber. Er verspricht sich einen gewissen Erfolg davon, wenn der sachverständige Arzt in seinem Sprechzimmer eine Hypnose einleitet, um sich eine Meinung über die Gesamtpersönlichkeit und ihre Beeinflußbarkeit zu bilden, nimmt auch an, daß manche in der Hypnose geäußerten Einzelheiten für den Richter von Belang sein können, glaubt aber nicht, daß aus dem Hypnotisierten die reine Wahrheit, frei von Leidenschaften und Wünschen, spricht, und will die Hypnose aus unberufenen Händen und aus dem Gerichtssaal verbannt sehen. Sodann beschäftigt er sich mit der Hellseherin, die über den Mord der Bürgermeister bei Heidelberg Mitteilungen gemacht hat. Eine Aufklärung ihrer Angaben war in diesem Fall nicht möglich, sie enthielten Richtiges und Falsches, u. zw. mehr Richtiges. *G.* spricht sich dahin aus, daß sich eine prinzipielle Ablehnung der okkulten Phänomene nicht mehr aufrechterhalten lasse und daß sie nicht von vornherein aus der wissenschaftlichen Forschung und der Praxis der Rechtspflege ausgeschlossen werden dürften. Zu einer Theorie derselben bedürfe es noch einer Sammlung vieler Fälle.

Die 3. Auflage der beiden Sexualabhandlungen *Stekels* (70) ist schnell gefolgt, der Umfang ist vergrößert worden. Das Werk ist inhaltsreich und erfüllt mit Beobachtungen, Lebensbeschreibungen und scharfsinnigen Gedanken, *Stekel* geht aber seine eigenen Wege und wird viel Widerspruch finden. Er verfolgt die ausgesprochene Absicht, 2 „Irrlehren" zu bekämpfen: die von der Schädlichkeit der Onanie und das Dogma von der Unheilbarkeit der Homosexualität. Die Grundlage der ganzen Ausführungen ist eine psychoanalytische und das drückt ihnen den Charakter auf. — In der Onanie sieht *Stekel* nicht ein Laster, vielmehr eine Erscheinung von hoher sozialer Bedeutung, welche die Gesellschaft gegen unglückliche Menschen mit übermächtigen Trieben und allzuschwachen ethischen Hemmungen schützt. Er vertritt die Ansicht, daß alle Menschen onanieren, u. zw. schon von allerfrühester Kindheit an. In manchen ganz andersartigen Erscheinungen, z. B. Anfällen, sieht er Äquivalente der Onanie. Die mit der Onanie in Zusammenhang gebrachten nervösen Störungen („Parapathie" nach seiner Benennung, d. h. Störungen des Affektlebens) hält er für Folgen der Abstinenz, nicht der Onanie selbst. Diese ist ihm ein Symptom des psychischen Infantilismus, an dem der Parapathiker krankt. Heilung könne auf analytischem Wege erfolgen: Wenn wir aus dem Kinde einen Erwachsenen machen. Auch mancher vorurteilsfreie Arzt wird mit einer solchen Lobpreisung und Empfehlung der Onanie, wie wir sie in diesem Buch finden, nicht einverstanden sein. — Die Homosexualität wird von *St.* ganz nach Art der *Freud*schen Mechanismen gedeutet, indem er davon ausgeht, daß ursprünglich jeder Mensch bisexuell sei. Die Homosexuellen sind danach Menschen mit abnorm starkem und früh entwickeltem Geschlechtstrieb, bei denen es durch irgendwelche Ursachen zur Verdrängung der heterosexuellen und zum Ausbau der homosexuellen Komponente gekommen ist. Sie sind alle parapathisch, weil die Verdrängung die Neigung dazu hervorruft und beim Normalhomosexuellen schwerer zu erfolgen scheint als beim Heterosexuellen; parapathisch nennt Verf. Menschen, denen die Bewältigung der von ihnen als unmoralisch be-

werteten asozialen Triebe nicht gelungen ist. Die Vererbungstheoreie hält er für falsch. Im Anschluß an *Freud* und *Juliusburger* wird auch die Paranoia in Beziehung zur Homosexualität gebracht; aus den homosexuellen Phantasien, die ihn verfolgen, soll der Paranoiker seine Verfolger konstruieren! Da er in den Homosexuellen Kranke (Parapathiker) sieht, wendet sich *St.* mit Entschiedenheit gegen ihre Bestrafung und gegen die berüchtigten Paragraphen, welche Ursache maßlosen Elends gewesen seien. Zur Heilung der Homosexualität gehöre in erster Linie volle Selbsterkenntnis, wie sie nur durch längere Analyse zu gewinnen sei. Diese könne hie und da zum Erfolg führen, aber nur, wenn der Homosexuelle den Willen zur Gesundheit habe, was nur bei leichteren Fällen vorkomme. Hypnose und *Molls* Assoziationstherapie empfiehlt er nicht.

Hübner (35) bespricht verschiedene sexuelle Fragen, vor allem in forensischer Hinsicht, u. zw. zunächst die Homosexualität. Er hält es für bedenklich, die *Steinach*schen Untersuchungen auf die Frage der Straffreiheit anzuwenden, wie es voreilig geschehen sei; die Zurechnungsfähigkeit sei nur nach der Gesamtpersönlichkeit und den etwa vorhandenen Störungen der Geistestätigkeit zu beurteilen. Nötig sei nur Schutz der Jugendlichen pp. und Schutz vor Störung der Öffentlichkeit. Dazu bedürfe es des § 175 nicht. Sodann wendet sich *H.* zu den Umständen, unter denen man von „gesteigertem Geschlechtstrieb" sprechen könne. Er will es nur unter ganz besonderen Umständen gelten lassen. Schließlich bespricht er verschiedene Arten von sexuellen Zwangshandlungen und den Begriff der „Unwiderstehlichkeit". In letzterer sieht er eine das Maß des Gewöhnlichen weit übersteigende Unfähigkeit zur Beherrschung des sexuellen Triebes infolge pathologischer Zustände. Nur in schwersten derartigen Fällen will er exkulpieren.

An der Hand eines Falles, den er mitteilt, setzt *Horn* (31) auseinander, daß ein Unfall allein nie eine endogene Psychose wie die Dementia praecox hervorrufen könne, daß vielmehr stets eine „spezifische Individualdisposition" vorhanden sein müsse. Als Voraussetzung für die Anerkennung eines entschädigungspflichtigen Anspruches fordert er 1., daß der Unfall ein geeigneter und erheblicher war, und 2. eine enge zeitliche Aufeinanderfolge (höchstens Zwischenraum von drei Monaten); nur eine dieser beiden Forderungen genügt seiner Ansicht nach nicht. Die Traumen können, wie er meint, verschiedenartig sein: Gehirnverletzungen, Sonnenstich, Blitz, Starkstrom, Intoxikationen.

König (39 a) kommt zu folgendem Schluß: Die Salvarsanbehandlung der Paralyse mit großen Dosen vermehrt die Zahl der Remissionen, verlängert die Lebensdauer der Kranken und verhütet langsamen, allmählichen Verfall, sodaß der Tod bei relativ gutem körperlichen Zustand plötzlich erfolgt.

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen).

1. Sachregister.

Abnorme und die Gemeinschaft 28* 176.
Acanthosis 102* 16.
Adalin, Bromural, Neuronal 29* 181.
Adipositas dolorosa 140* 26.
Adrenalin 31* 220. 39* 356. 115* 10.
Affen 23* 82.
Affekt 23* 93, 94. 36* 312.
Agrammatismus 69* 39. 82* 246. 76* 149, 158.
Akinetisch-hypertonischer Symptomenkomplex 35* 288. 85* 295.
Aktionsregulierung 1* 6.
Algolagnie 36* 308.
Alkoholintoleranz 115* 17.
Alkoholismus 35* 285. 115* 12, 13, 14. 116* 30. 117* 37, 50.
Alkoholknappheit 116* 31.
Alkoholprohibition 115* 18.
Alkoholpsychosen 116* 41. 118* 67.
Alkoholikerbehandlung 115* 22, 25.
Alkoholikerfürsorge 117* 49. 118* 60.
Alkoholikergesichter 117* 57.
Alkohol und Leistungsfähigkeit 116* 28.
Alkohol und Tagespresse 116* 32.
Alkoholwahnsinn und Schizophrenie 118* 65.
Allopselaphie 178* 18.
Alt-Scherbitz 155* 17, 32.
Alzheimersche Krankheit 79* 196. 177* 8.
Amaurotische Idiotie 102* 15. 104* 47, 49, 50. 103* 32, 36.
Amenorrhoe 24* 105.
Amentia 127* 37. 138* 39.
Ammonshorn 69* 48. 142* 72.
Amnesie 177* 11.
Amnestische Zustände 36* 307.
Ampullenwasser 51* 61.
Amputierte Glieder 31* 228.
Amusie 34* 268.
Amylnitritkrämpfe 142* 67.
Amyotrophische Lateralsklerose 82* 242.
Anaphylaktischer Shok 90* 373.
Anatomische Grundlagen 51* 62*.
Angstpsychose 131* 104.
Anlageproblem 34* 272, 274.
Anomalien, körperliche 30* 202.
Aortitis luetica 73* 108.
Aphagopraxie 34* 267.
Aphasie 4* 53. 67* 14. 72* 91, 92 73* 104, 107. 76* 153. 78* 186. 88* 360. 91* 379.
Appenzeller Land 28* 167.
Aporreghma 40* 374.
Arbeitskurve 3* 43.
Arbeitstherapie 154* 2, 5, 6, 14, 29. 155* 29.
Archaisches Denken 40* 369.
Aretaeus 25* 131.
Arteria cerebelli posterior 73* 105.
Arteria meningea media 180* 63.
Art und Maske 4* 66.
Assoziationstörungen 21* 51.
Astheniker 139* 13.
Asthma bronchiale 143* 93, 97. 146* 137.
Aufklärungsarbeit 34* 277.
Augensymptome 68* 30. 117* 54.
Aufmerksamkeit und Auffassung 40* 372.

Außenfürsorge 32* 231. 155* 25.
Autismus 36* 310.
Autointoxikation 118* 63.
Autosuggestion 29* 194.

Balken 68* 22.
Balkenstich 73* 111.
Bárányscher Zeigeversuch 22* 67.
Basedowkrankheit 140* 29. 141* 49. 144* 107, 112.
Bayer 205: 81* 224.
Belladonnadelir 116* 44.
Beratungsstellen 28* 174.
Bernische Anstalten 157* 1.
Beschäftigungstherapie 28* 163. 35* 292.
Besessenheit 129* 64.
Besserungsanstalten 154* 1.
Bewegungsbilder 28* 168. 35* 296.
Bewegungsstörungen 74* 126.
Bewußtseinsstörungen 22* 71.
Beziehungswahn 38* 350.
Bildnereien 102* 9.
Biogenetisches Grundgesetz 37* 328.
Bismuththerapie 67* 8. 70* 66.
Blasenstörung 78* 175.
Blasphemische Ideen 145* 119.
Bleivergiftung 116* 34.
Blüchers Hypochondrie 23* 98.
Blutuntersuchung 20* 40. 32* 245. 114* 6. Senkunggeschwindigkeit der roten Blutkörperchen 30* 203, 206. 33* 255. 127* 35. 162* 24. 165* 61. 164* 51.
Blutsverwandte 35* 289.
Botulismus 117* 55.
Bradyteleokinese 27* 161.
Burghölzli 157* 2.

Canada 21* 56.
Caseininjektionen 85* 287.
Charakterveränderungen 102* 19. 103* 20.
Chromosomen 38* 346. 76* 148.
Chorea 139* 6, 12, 17. 140* 32. 141* 60. 143* 84, 85, 86, 89. 146* 149, 150.
Chorea Huntington 80* 209. 143* 89, 94.
Civilisation und Verbrecher 179* 46.
Claudicatio intermittens 141* 59.
Cocainismus 114* 8. 116* 29, 39. 117* 46, 52. 118* 61. 127* 25.
Conflikteneurosen 139* 5.
Corpus striatum 68* 25, 26. 69* 45.
Cyclothymie 132* 110.
Cysticerkose 78* 187.

Defektpsychosen 34* 270.
Defektprozesse 104* 41 a.
Degeneration 18* 7. 22* 72.
Delirien 115* 11, 15. 116* 33.
Dementia praecox 101* 5. 125* 2. 126* 8, 9, 14, 19, 22. 127* 30, 32, 37. 128* 38, 42, 45, 47, 51. 129* 58, 61, 63, 67, 68, 69. 130* 72, 73, 75, 76, 78, 79, 86. 131* 101, 103. 132* 106, 108. 178* 31.
Dementia-praecox-Familien 35* 298.
Demenz 33* 259.
Denkproblem 4* 69.
Depersonalisation 23* 87.
Depressionszustände 126* 10. 129* 57. 130* 83.
Dercumsche Krankheit 84* 281.
Dermatosen 141* 58.
Diabetes 30* 198.
Dimensionen der Grundbegriffe 1* 1.
Dipsomanie 117* 47.
Doppelseitige Belastung 36* 304.
Drucksinn 38* 336.
Drucksteigerung in der Schädelrückgrathöhle 40* 380.
Dura mater cerebralis 83* 263.
Dysarthrien 19* 194.
Dysovariale Depression 145* 124.
Dysthyreoide Störungen 203* 34.

Ehehindernis 180* 59.
Eheschließung 25* 128.
Eidetiker 2* 23. 25* 116.
Eisen im Gehirn 40* 381. 73* 114. 79* 204. 83* 265. 88* 341.
Eiweiß-Cholesterinfraktionierung 85* 285, 286.
Encephalitis 31* 229. 67* 2, 5, 11, 15. 68* 29, 35. 69* 40, 42, 51, 52. 70* 61. 71* 77, 79, 82. 72* 88, 89, 90, 93. 73* 111, 112. 75* 132, 133, 134. 77* 164, 168. 78* 178, 180, 184, 188, 189. 79* 191, 195, 198, 204. 80* 216, 217. 81* 227, 228, 229, 230, 231, 234. 82* 243, 245. 83* 255, 256, 257, 258, 266. 85* 287, 296. 86* 310. 87* 312, 313. 88* 340, 342, 343, 344, 355. 90* 368. 91* 378, 383. 102* 6. 104* 48. 179* 33.
Encephalographie 18* 2. 39* 353.
Encephalomyelitis 69* 49. 87* 328.
Encephaloskopie 90* 366.

Endarteriitis obliterans 76* 150.
Endotheliom 88* 331.
Endokrine Drüsen 143* 95.
Endokrine Therapie 33* 263.
Entartung 21* 48. 142* 74.
Entlassenenfürsorge 28* 174.
Epidemie in Ligosullo 39* 366.
Epilepsie 138* 1, 2, 3. 139* 10, 14, 22, 23. 140* 27, 28, 30, 31, 38, 39, 40, 42. 141* 46, 47, 51, 52, 53. 142* 63, 66, 72, 77, 78, 79. 143* 82, 91, 93. 144* 99, 100, 102, 104, 105. 106, 117. 145* 121, 122, 123, 125, 126, 127, 129, 135. 146* 142, 149, 151, 153, 156. 147* 159, 160, 162.
Epileptiker und Schwachsinnige 23* 84, 85.
Episan 138* 1.
Erblichkeitsforschung 30* 204. 33* 264.
Erbsünde 21* 44.
Erdbeben 25* 118.
Erregbarkeit 29* 184. 30* 208.
Erholungsurlaub 154* 7.
Erziehungsfragen 102* 18. 103* 24. 155* 22, 23.
Eunuchoidismus 21* 75. 102* 13, 14. 104* 44. 140* 34, 41. 145* 131.
Extrapyramidales System 67* 19. 68* 31. 75* 138. 77* 162. 84* 267, 277, 282. 88* 359. 90* 367.

Fall Bertha Hempel 29* 189.
Färbemethode S. Becher 75* 136.
Farbensehen 1* 8. 2* 16, 18.
Fetischismus 38* 337.
Fettsucht 30* 199.
Fieberpsychosen 126* 19.
Finger-Grundgelenkreflex 38* 345.
Finnländisches Antialk. Gesetz 114* 2.
Fleckfieber 115* 19, 26. 116* 35. 117* 59. 118* 64.
Folie à trois 127* 33.
Formdeutungsversuch 1* 4. 4* 57.
Forschungsergebnisse in München 75* 137.
Fremdkörper im Gehirn 84* 278.
Fuchs-Rosenthalsche Zählkammer 36* 301. 166* 480.
Fürsorgeerziehung 36* 309. 102* 17, 18.
Fürsorgestelle in Köln 145* 134.

Galaktosurie 76* 160.
Ganser 26* 132.
Gasvergiftung 117* 58.
Gastrointestinalapparat 37* 333, 334.
Gedächtnis 2* 22. 20* 31.
Geisteskrankheit 22* 64. 33* 251.
Geistige Prozesse 29* 185.
Gefängnisstudien 178* 20.
Gehirnaffektionen 72* 94. 85* 284.
Gehirnarteriosklerose 71* 80.
Gehirnatrophie 67* 4.
Gehirnbalken 29* 183.
Gehirncysticerkus 83* 251.
Gehirnhernien 84* 272.
Gehirnpathologie 75* 142.
Gehirnschnittserien 87* 316.
Gehirnrinde 76* 157.
Gehirntuberkulose 91* 381.
Gehirnzentren 80* 213.
Gehirn im ultravioletten Licht 23* 83.
Geltungsbedürftige und -süchtige 18* 6.
Gemeingefährliche 154* 9.
Geschäftsfähigkeit 180* 58.
Geschlechtsabhängigkeit 37* 318.
Giftmordprozeß 179* 40.
Gliasyncitismus 76* 155.
Glioblastose 70* 58.
Grippepsychosen 40* 370. 118* 62.
Großhirn 29* 188. 68* 23. 75* 144.
-rinde 90* 363.
Grundgelenkreflex 19* 9. 31* 226.
Gutachtertätigkeit 180* 61.
Gynäkologie 31* 224.

Haftpsychose 177* 6.
Halluzinationen 20* 29. 28* 162. 32* 247. 37* 317.
Hans-Sachs-Monographie 19* 19.
Hautsymptome 21* 49.
Headsche Zonen 21* 55. 70* 65.
Hebephrenie 130* 82.
Heilpädagogik 2* 31. 101* 4. 102* 21.
Hemianopsie 87* 326.
Hemiplegien 70* 55. 84* 26.
Heredodegeneration 20* 42. 86* 305.
Herzstörung 39* 361. 146* 139.
Hilfsschule 101* 4.
Hirnangiome 82* 241.
Hirnbeschädigte 2* 30. 76* 159. 81* 221.
Hirndruck 77* 163.
Hirnfunktion 85* 291. 88* 356.
Hirnsklerosen 76* 151. 103* 23.
Hirnstamm 31* 215.
Hirntumor 71* 74. 84* 271. 87* 317. 91* 377.
Hirnuntersuchung 34* 274, 275.
Hirn- und Rückenmarkgeschwülste 71* 81. 79* 192.

Histopathologisches Gesamtbild 86* 301.
Holländische Irrenpflege 39* 358.
Homosexualität 20* 32. 27* 158. 32* 246. 117* 51. 181* 70.
Hungern 22* 76. 51* 60.
Hydrocephalus 71* 83.
Hyperalbuminose 68* 33.
Hyperthyreoidismus 147* 158.
Hypomanie 126* 7.
Hypophyse 21* 46. 79* 190. 139* 7, 15. 142* 71.
Hypophysäre Geschwulst 70* 57. 76* 146.
Hypnose, Suggestion 1* 19, 20. 3* 40, 47. 20* 43. 24* 107, 108, 109. 33* 250. 36* 305, 313. 177* 3. 16. 178* 24, 28. 179* 36.
Hysterielehre 143* 88. 144* 111, 115, 116.
Hysterie 139* 16, 19. 140* 24. 141* 50. 142* 64, 65, 75. 145* 133. 146* 136, 141, 155.

Ich und Es 22* 79.
Ichthyosis 24* 114.
Idiotie 103* 31.
Infantilismus 76* 156. 103* 22. 104* 53.
Infektionen 117* 53. 155* 34.
Influenzapsychosen 114* 3.
Imbezille 101* 2.
Impotenz 181* 69.
Innere Sekretion 22* 69, 70. 178* 21. 181* 72.
Intellektualität 1* 11. 3* 44. 40* 376.
Interferometrische Methode 26* 135.
Interkurrente Krankheiten 21* 57.
Intermittierendes Hinken 145* 130.
Interpretationsdelir 131* 102.
Ionentherapie 39* 357. 146* 148.
Irrealitätszustände 147* 161.
Irrenpflegewesen 154* 8, 12, 13. 155* 19, 26, 31. 156* 35.
Iteration 30* 197.

Jacksonanfälle 79* 202.
Jahreszeiten 37* 331.
Javaner 22* 81. 73* 115.
Juden 36* 315.
Jugendbewegung 3* 35.
Jugendfürsorge 30* 207. 103* 28, 29.
Jugendgericht 177* 9. 181* 78.
Jugendliche Verbrecher 177* 7.

Kalomelkur 38* 339.
Kaninchen, exp. 82* 244. 88* 333. 162* 23. 165* 63.
Kastration, Sterilisation 180* 49.
Katatonie 125* 5. 130* 77. 131* 87, 97.
Kinderkliniken und Anstalten 155* 21. 156* 36.
Kindesalter 32* 240. 103* 20.
Kleinhirn 24* 101. 69* 42. 71* 86. 72* 101. 74* 129. 80* 212. 87* 315, 328. 88* 330. 91* 382.
Kleptomanie 177* 14.
Klimakterium 128* 50.
Königsberger Mucker 21* 58.
Körperbau und Charakter 23* 95. 26* 134. 31* 222. 32* 239. 37* 324.
Körperbewußtsein 83* 264.
Kohlenoxydvergiftung 115* 22.
Komplexsynästhesie 2* 24.
Konstitution und Erblichkeitsforschung 19* 18. 24* 99, 100, 102. 28* 171. 31* 223. 35* 283. 38* 344.
Konventionelle, das 24* 113.
Kopfhaltung 37* 322.
Kopfverletzte 73* 109. 84* 275.
Korsakow 115* 21.
Kortikale Ausfallserscheinungen 69* 53.
Kraftäußerung 25* 123.
Krankheitseinsicht 25* 127. 36* 314. — Ursachen 36* 311. — Gestaltung 29* 178. — Zeichen 36* 311.
Kreisfürsorgerin 40* 375.
Kretinische Entartung 102* 12.
Kriegserfahrungen 181* 75. — Gefangenschaft 178* 22. — Krieg und Geisteskrankheit 34* 282. Kriegspsych. und Neurotiker 154* 15. 155* 16. Kriegsverletzte 81* 232. Kriegsdienstverweigerung 179* 42.
Kriminalwissenschaft und Rechtswissenschaft 172* 27.
Kropf 103* 33. 144* 107.

Labyrinthreaktionen 20* 37.
Landrysche Paralyse 86* 302.
Leberfunktion und Schädigungen 27* 155. 30* 195, 196.
Lecithin 165* 71.
Leonardo da Vinci 22* 78.
Lérisches Phänomen 25* 122.
Leseschwäche 146* 145.
Linsenkern 73* 106. 79* 201.
Liquor 39* 352. 67* 10. 75* 145. 82* 239. 86* 298. 88* 354. 90* 370, 371. 161* 3, 4, 14. 162* 19, 22, 26, 31. 163* 32, 37, 38, 39, 42, 43, 44. 164* 45, 53, 57, 59, 60. 165* 70. 166* 80, 84. 167* 84, 91.

Lues vgl. Syphilis.
Lumbalpunktion 26* 142, 145. 33* 252. 36* 316. 38* 35. 67* 6. 163* 36. 166* 76. 167* 76.
Luminaltherapie 23* 89. 139* 6.
Lymphozytenumstellung 40* 379.

Magenneurosen 142* 68.
Malariatherapie 69* 47. 70* 62. 74* 123. 76* 167, 172, 173, 174. 81* 222. 87* 325. 88* 349, 352. 117* 48.
Manie, chronische 131* 89.
Manisch-depressives Irresein 125* 1. 129* 62. 131* 90.
Marienheim 154* 4.
Massage 38* 335.
Massenpsychologisches 21* 33.
Mechanisierungsvorgang 31* 232.
Mediumismus 40* 378.
Medizin und Philosophie 25* 121.
Melancholie 126* 6, 15, 17, 18. 131* 93. 132* 105, 107.
Melanome 80* 218. 90* 372.
Mendelismus 33* 258.
Meningitis 68* 28. 71* 76. 76* 169. 83* 260. 85* 294. 87* 314.
Menstruation und Psyche 24* 110.
Mescalin 114* 4.
Metabolismus 20* 41. 127* 34.
Metalues 74* 121. 84* 279.
Metaphysik 126* 13.
Michelangelo 40* 367.
Migräne 146* 138, 144.
Mikrocephalie 67* 12.
Minderwertige 26* 139.
Mischinfektionen 51* 59.
Mongolismus 101* 3. 102* 7. 104* 40.
Moral insanity 33* 262. 104* 41.
Morfinismus 115* 20. 117* 45, 56. 118* 60.
Moritz-Weiß-Reaktion 39* 363.
Motorik 25* 125.
Münsterlingen 157* 3.
Multiple Sklerose 67* 3. 68* 36. 70* 54. 71* 70, 72, 96. 75* 131. 79* 203. 86* 311. 87* 320, 324. 88* 336. 91* 380. 178* 17.
Muskelatrophie 68* 37. 71* 73.
Muskelhärte 31* 218.
Myelitis 84* 273.
Myopathie 88* 332.
Myotonisch-dystrophische Degeneration 26* 148.
Mystizismus 29* 191.
Myxödem 140* 33.

Nanosomie 104* 51.
Nebennierenreduktion 142* 79. 145* 135.
Nervenkrankheiten, Lehrb. Oppenheim 144* 101.
Nervenlues und Syphilis 82* 237, 238. 83* 254, 262. 84* 268. 85* 288.
Nervensystem 19* 10. 21* 45. 23* 91. 26* 138.
Neurasthenie 140* 35, 36. 143* 96.
Neuroepitheliale Tumoren 70* 56.
Neurofibromatosis 139* 11.
Neurologie und Psychiatrie 21* 47. 143* 83, 84. 146* 147.
Neuropathologie und Psychiatrie 32* 241.
Neuropsychiatrie, infantile 104* 43.
Neurosen 144* 113, 114, 115. 145* 118*, 128. 147* 163.
Niederlande, krim. 180* 65.
Nirvanol 37* 327.
Nißlsche Beiträge 32* 248. 36* 303.
Norm und Entartung 178* 30.
Normaler Zustand 32* 244.
Nucleus candatus 86* 303.
Nystagmus 20* 35, 36.

Offene Fürsorge 154* 6, 7. 155* 27. 156* 37.
Okkultismus vgl. Hypnose und Okk.
Onanie 23* 97. 86* 297. 146* 142.
Operationssucht 36* 306.
Opsogen 28* 169.
Optische Wahrnehmung 4* 56.
Organotherapie 40* 368.

Pachymeningitis 72* 100.
Paläopsychologie 3* 36.
Pallido-striäre Syndrome 83* 259.
Paralyse-Tabesproblem 77* 170. 84* 276.
Paralysis agitans 73* 110.
Paramusie 31* 221.
Paranoia 127* 27, 28, 29.
Parapsychologie 3* 50.
Parkinsonismus 67* 20. 68* 27. 70* 67. 77* 171. 78* 181. 79* 206. 88* 348, 350, 351.
Patho-architektonik 90* 363, 364.
Pathographie 27* 150.
Pathologische Biologie 19* 8. 27* 154. 32* 242. 33* 260. — Physiologie 28* 170.
Pelizaeus-Merzbachersche Krankheit 81* 226.

:a 114* 7.
lichkeitsproblem 4* 64. 18* 3. 201. 32* 234, 235. 34* 265, 279. 11, 12. 181* 73.
rsionen 35* 290. 144* 114.
personalausbildung 154* 10. 155*

)menologie 3* 348. 19* 23. 35* . 142* 77.
)pshospital (Goddelau) 155* 20.)* 35.
sophisches Denken 4* 52.
getan 80* 216.
ikalische Therapie 34* 271.
iognomie 24* 115. 32* 237.
is und Psyche 33* 249.
karpin 80* 208.
vergiftung 116* 40.
tarzehenreflex 19* 16.
zlicher Tod 35* 299.
riglanduläre Insuffizienz 147* 165.
izeibehörde 178* 26.
ydipsie 68* 24.
yneuritis 140* 25.
yphrenie 131* 88.
tencephalische Erscheinungen 73* 12, 113. 75* 135.
sttraumatische Demenz 72* 87. 178* 19.
ecipitintest 82* 236.
eglsche Jodlösung 36* 302.
ogressive Paralyse 68* 21. 70* 60, 64. 72* 92, 103. 74* 120. 76* 166. 78* 177, 185. 79* 199, 200. 80* 210. 82* 240, 247. 83* 252. 84* 269, 270. 85* 293. 86* 301, 307. 87* 321, 346. 88* 329, 335, 337, 338. 89* 346, 347. 90* 369, 376. 179* 39 a.
Promonta 142* 62.
Prostatainnervation 34* 266.
Pseudogrippe 145* 132.
Pseudosklerose 76* 161.
Psychasthenie 26* 133. 29* 187.
Psychiatrie, Lehrbücher 20* 24. 20* 28.
Psychiatrie 20* 26, 27, 28, 38, 39. 21* 54. 27* 149. — und Neurologie 18* 1. — und Philosophie 4* 65.
Psychiatrische Strukturanalyse 20* 25, 26.
Psychiatrische Therapie 18* 5.
Psychische Energie 4* 60. 37* 325.
Psychisches Geschehen 2* 17. 19* 17. 26* 14. 31* 216, 217.
Psychoanalyse 1* 13. 19* 19, 20, 21, 22. 21* 53. 22* 80. 25* 120, 126. 27* 160. 31* 212.
Psychogenien 23* 96.
Psychologie 1* 2, 3, 5, 9, 14. 2* 28. 3* 37, 48. 4* 68.
Psychologische Medizin 35* 291.
Psychomotorische Störungen 30* 205.
Psychoneurosen 35* 300. 86* 308. 139* 18. 145* 120.
Psychopathen 85* 289. 103* 25, 35, 36. 104* 45. 179* 45.
Psychopathologie 19* 14, 15. 26* 137. 31* 217. 34* 276. 38* 341. 39* 355. 104* 52, 54. 178* 25.
Psychophysische Theorien 4* 67. 38* 341, 342, 343.
Psychosen: atypische 128* 49; periodische 128* 53; funktionelle 132* 111; präsenile 82* 250; protobazilläre 114* 9.
Psychotherapie 28* 177. 31* 213.
Psychotische Mechanismen 38* 349.
Puerperalpsychosen 125* 3.
Pupillenreflexe 31* 225.
Pyknolepsie 144* 108.
Pyramidales System 67* 9. 70* 68. 72* 95. 86* 300.

Rachegelüst 130* 80.
Rachitische Frühgeburt 103* 27.
Rassenbiologie 33* 257. 35* 293.
Rassenhygiene 23* 88. 29* 192. 35* 285.
Raumsinn 1* 12.
Rautenhirn 81* 233.
Realitätsbewußtsein 3* 51.
Realta 157* 4.
Rekurrens 78* 184. 116* 43.
Reflexologie 19* 12, 13. 39* 360.
Rentenneurose 180* 48.
Rindenatrophie 80* 215.
Rindenschichtstörungen 77* 165.
Roggesche Theorie 3* 46.
Rosegg 157* 5.
Rothmanns Hund 85* 292.
Rückbildungsalter 27* 153. 178* 23.
Rückenmarksläsionen 71* 75.
Rythmus 29* 190.

Sadomasochismus 39* 354. 146* 146.
Salvarsan 74* 122. 76* 154. 78* 179, 182. 88* 355.
Santiago 157* 6.
Santpoorter Fälle 74* 118, 119.
Sarbosymptom 83* 253.
Schädel 22* 68. 67* 18. 87* 327. 102* 14.

Schilddrüse 143* 90. 144* 103.
Schizoidie 20* 30. 26* 144. 126* 144.
Schizophrenie 40* 377. 80* 219. 127* 23, 36. 128* 39, 43, 44, 46, 48, 52. 129* 55, 65, 66, 70. 130* 74, 81, 83. 131* 92, 94, 95, 97, 98, 99, 100. 132* 112. 179* 37.
Schizothym-Cyklothym 128* 41.
Schläfenlappentumoren 67* 7.
Schlaf, Schlafmittel 29* 182. 37* 321. 146* 152. 34* 278. 39* 365. -vergiftungen 22* 66.
Schriftlicher Ausdruck 104* 42.
Schwangerschaft 51* 63. 129* 56.
Schwachsinnige Kinder 23* 253. 102* 8. 104* 46.
Schwedisches System 115* 16.
Schweißabsonderung 72* 98.
Schwerhörigkeit 143* 87.
Schwindelanfälle 142* 73.
Seele, Seelenleben 4* 59. 131* 91. 177* 15.
Seelentaubheit 67* 13.
Sehen, Sehzentrum 2* 15. 3* 42, 49. 75* 143.
Selbstgeringeinschätzung 114* 110.
Selbstmord 40* 371. 180* 51.
Sella turcica 84* 274.
Sektion 30* 209. 179* 39.
Senile Plaques 88* 358.
Senili ät 71* 69, 84. 79* 197.
Sensibilität 72* 102. 88* 361.
Sensorische Asymetrie 2* 21.
Serodiagnostik 24* 112 (s. auch Trübungsflockungs-R., Liquor).
Sexualität 26* 147, 156. 51* 52. 179* 34, 35.
Sexualwissenschaft 28* 175. 38* 338.
Simmondsche Krankheit 141* 60a.
Simulation 175* 5. 179* 43. 180* 52.
Sinnesempfindung 25* 117. 28* 173.
Skelettmuskeltonus 37* 332.
Somnifen 23* 90. 40* 373. 130* 74.
Sozialneurosen 146* 143.
Soziologie 2* 26. 39* 359.
Spätapoplexie 69* 46.
Spätheilung 24* 106.
Spasmophilie 143* 80.
Spina bifida 69* 41.
Spinalganglienzellen 86* 304.
Spinalparalyse 84* 280.
Spiritismus 27* 151.
Spirochaete Duttoni 86* 299.
Sprache, Sprechen 2* 32. 3* 41. 38* 340. 79* 193.
Stäbchenzellen und Abbau 67* 17.
Stammganglienerkrankung 78* 176.
Status thymico-lymph. 141* 54.
Stauungspapille 69* 38.
Stereotypien 27* 157.
Stigmatisierte 26* 136.
Stirnhirn 69* 44. 70* 63. 71* 85. 72* 97. 73* 116. 74* 127, 128.
Stottern 141* 45.
Straffälligkeit, -vollzugsunfähigkeit 177* 10.
Strafgesetzentwurf, -reform 177* 2. 178* 29. 179* 41. 181* 66, 67, 74, 76, 77.
Strangsklerose 87* 318.
Strio-lentikuläres Syndrom 76* 152.
Strio-pallidäres System 37* 329. 74* 124.
Strukturanalyse 20* 25, 26.
Subtentoriale Druckentlastung 18* 4.
Suprarenale Kapseln 143* 98.
Symbolträume 34* 281.
Sympathie 35* 294.
Sympathikus 22* 74. 139* 20.
Syphilis, Lues 80* 211, 214. 82* 249, 353. 104* 249.
Syringomyelie 75* 141.
Systematik, klin. 68* 32.
Systemerkrankung 67* 6.
Swedenborg 29* 186.

Tabes 70* 59. 75* 140. 80* 207. 85* 283. 88* 339.
Tachistoskopie 33* 254.
Tagebuch Hug-Hellmut 25* 130.
Tastempfindungen 24* 111.
Temperament 127* 24.
Therapie 20* 34.
Thymusdrüse 139* 9.
Tic 74* 125. 146* 140.
Tiefeneindruck 2* 25.
Tierpsychologie 3* 38, 39. 4* 61, 62. 37* 326.
Torsionsdystonie 85* 290.
Toxische Ammine 126* 12.
Traum 4* 63. 21* 50. 22* 77. 25* 124. 33* 256. 35* 297.
Trinker 114* 1, 5. 116* 38.
Trunksucht 31* 230. 116* 36, 41.
Trübungs-, Flockungsreaktionen Wa.-R. 160* 2. 163* 40. 165* 64, 65, 68, 69. 166* 86. Wa.-R., Kaup-Modifikation, Hecht-aktiv und S. G. R. 166* 75. Wa.-R. und S. G. 166* 83, 87, 90. Wa.-R., S. G. und

Dold-R. 162* 29. Benzoe-R. 161* 11, 16. 166* 82. Berlinerblau-R. 166* 73. Brucksche R. 69* 50. 161* 8. 163* 33. 164* 47. Dold-R. 165* 67, 70. Daranyi-R. 164* 48. Hechtsche Schnellmethode II 162* 27. Kollargol-R. 161* 20. 164* 49. 166* 78. Mastix-R. 161* 15. 162* 25. 163* 41. 164* 56. 167* 92, 97. Normomastix-Kafka-R. 166* 77. Sublimat-R. Weichbrodt 165* 72. Goldsol-R. 161* 6, 7, 11. 164* 52. 165* 62. Goldsol- und Mastix-R. 160* 1. 165* 66. Sachs-Georgi-, Meinicke- und Dold-R. 166* 79. Meinicke-, Sachs-Georgi und Vernes 166* 88. Flockungs-R. 161* 17. Trübungsreaktionen 161* 18. 162* 34. 164* 46, 50, 54, 55. 165* 74. 167* 96. Meinickeextrakte 161* 9, 10, 12.
Tuberkulose 24* 104. 30* 200. 115* 27. 154* 11.
Tumor cerebri 66* 1; des IV. Ventrikel 87* 319.
Turmschädel 104* 39.

Umbildungsjahre 29* 179.
Unbewußte, das 4* 58.
Unfallfolgen, -begutachtung 147* 164. 178* 32. 180* 57.
Unheilbare 28* 164.
Unlustneurosen 140* 43.
Unterbewußtsein 37* 383.
Unterschiedsempfindlichkeit 1* 7.
Untersuchungsmethode 27* 159.
Urinuntersuchung 132* 108, 109.

Vaccinetherapie 115* 26.
Valeriusplein 157* 7.
Vegetatives Nervensystem 37* 330.
Ventrikelpunktion 81* 235.
Veranlagung 27* 152. 28* 172.
Verantwortlichkeit 180* 64.
Verbrechen 177* 1. 179* 38, 44. 180* 54.
Vererbung 23* 92. 26* 141. 31* 227. 32* 234, 236. 35* 286. 37* 319.
Verstehen 2* 27.
Verwahrlosung 102* 10, 11, 19. 104* 38. 177* 12. 180* 50, 56.
Verwirrungszustände 129* 60.
Völkerschaftsbiologie 28* 166.
Volkshygiene 25* 129.
Voluntal 24* 103. 32* 233, 238.
Vorbeizeigen 68* 34.
Vorderhirnfunktion 29* 180.

Wachstumsreaktionen 38* 347.
Wahn, Wahnbildung 35* 254. 129* 59. 130* 84.
Wahrnehmungslehre 3* 33, 34.
Waldhaus 157* 8.
Weberscher Raumsinn 22* 73.
Weltkriegsfolgen 23* 86. 39* 362.
Wernickes System 2* 29.
Westfälische Anstalten 157* 10.
Wil157* 9.
Willensfreiheit 4* 55.
Willensimpulse 3* 45.
Wilsonsche Krankheit 88* 357. 139* 8.
Wirbeltiere 39* 364.

Yatren 29* 193.

Zähne, kongen.-luetische 82* 248.
Zeilenführung 37* 323.
Zeitalter 28* 165.
Zeitauffassung 1* 10.
Zeitsignal 4* 54.
Zentralnervensystem 26* 143. 31* 219. 81* 223. 90* 374.
Zirbeldrüse 90* 365. 141* 57. 147* 157.
Zwangsgreifen 87* 332.
Zwangsneurose 76* 147. 141* 44. 143* 81.
Zwergwuchs 30* 210. 80* 220.
Zwillinge 26* 146.
Zwischenhirn 74* 130. 142* 61.

2. Autorenregister.

Abderhalden 114*.
Abraham 125*.
Abramson 101*.
Adler, E. 18* 160*.
Adler u. Sinek 160*.
Agosta 66*.
Ahlenstiel 1*.
Aichhorn 154*.
Alajouanine 67*.
Albrecht 67*.
Alford 125*.
Altmann 67*.
Alvarez-Salazar 101*.
Alwens u. Hirsch 18*.
Amsden 18*.
Ansalone 125*.
Anton 18* 67*.
Antoni 67*.
Aro 114*.
Armstrong-Jones 125*.
Aronowitsch 125*.
Artom 67*.
Asbukin 18*.
Aschaffenburg 18* 177*.
Astwazaturow 18* 67*.
Auden 19*.
Ayala 47* 161*.
Ayer and Cockrill 67*.

Babonneix et l'Hermitte 67*.
Balassa 67*.
Balint 67*.
Bárányi 19*.
Bardachzi 67*.
Barnes 101*.
Bartsch 101*.
Bauer 67*.
Baumgarten 177*.
Becher 161*.
Bechterew 19*.
Becker 138*.
Befani 154*.
Belbey 177*.
v. Benedek 67* 138*.
v. Benedek u. Corsz 67*.
v. Benedek u. Porsche 114*.
v. Benedek u. Thurzo 67*.
Benon 19* 68* 102* 126*.
Berger, H. 68* 126*.
Bergmann 138*.
Bergsma 138*.
Bering 161*
Beringer 68* 114*
Berlucchi 68*
Bernardini 68*.
Bernhard 19*.
v. Bernuth 139*.
Bersani 68*.
Bertolani del Rio 154*.
Berze 19* 114*.
Besnard 139*.
Beyer 177*.
Bianchini 19*.
Biberfeld 161*.
Bickel 68*.
Biedel 139*.
Bielchowsky 139*.
Billigheimer 68*.
Bing 68*.
Binswanger, L. 1* 19*.
Binswanger u. Siemerling 20*.
Birk 139*.
Birnbaum 20* 68*.
Bischoff 177*.
Bisgaard u. Norwig 139*.
Blank u. Restemeyer161*.
Bleuler 1* 20* 157* 2.
Bloch 68*.
Blohmke 68*.
Blondel 20*.
Blum 20*.
Blumenfeld 1*.
Böhmig 20* 68* 102*.
Bohn 139*.
v. Bókay 139*.
Bolk 102*.
Bolten, C. G. 68* 69.
Bond 20*.
Bondareff 44*.
Bonhoeffer 69* 114*.
Bonkati 126*.
Bonsmann 69*.
Borchardt 139*.
Borgherini 69*.
Bormann 102*.
Borries 20*.
Boström 20* 69.
Bouman, L. 157* 7.
Bouman, Karl M. 20*.
Bouman u. Bock 69*.
Bowman and Grabfield 20*.
Brandeß 69*.
Bratz 69*.
Bratz u. Großmann 69*.
Braun 69*.
Bravetta et Juvenizzi 114*.
Bremer 20*.
Breuking 20*.
Bresler 154*.
Bromann, Ivar 21*.
Brühl 139*.
Bruchansky 177*.
Bruck 69* 161*.
Brugia 21*.
Büchler 21* 139*.
Bumke 1* 21* 139.
Bunejeff 126*.
Bunnemann 21*.
Burkamp 1*.
Burt 177*.
Buscaino 126*.
Buß 69*.
Bychowski 69* 126*.

Cabitto 21*.
Cadwalader 70*.
Camino Galicia 21*.
Camp 139*.
Campbell 139*.
Canavan 70*.
Carrol 126*.
Carruthers 139*.
Cash 70*.
Cassierer u. Levy 70*.
Caussade et Marie 154*.
Cazzamalli 70*.
Ceiller 70*.
Céstan et Riser 70*.
Charitonoff u. Popoff 70*.
Chiba Tanenari 1*.
Choroschko 70*.
Christoffel 1* 21*.
Christoffel u. Großmann 102*.
Ciarla 70* 114*.
Cimbal 21* 70* 102* 139*.
Citron 70*.
Claude 126* 139*.
Claude et Schäffer 70*.
Clark, L. Pierce 139*.
Clarke, C. K. 21*.
Cobb 139*.
Coën 102*.

Cohn 70*.
Courbon 21* 71* 126* 154*.
Creutzfeld 71*.
Cséspal, Fornet et Toth 115*.
Cumston 139*.
Curschmann 71* 140* 177*.
Cushing-Smith 140*.
Custer 161*.
Cziki 71*.

Daffner 21*.
Damaye 115* 126*.
Damaye et Pelawsky126*.
Dana 140*.
Danajeff 21*.
Dannemann 154*.
Daspit 154*.
Dawson 126*.
Deicher 161*.
Dercum 1*.
Detenhoff 126*.
Deutsch 140*.
Diem, O. 140*.
Dietrich, A. 71*.
Ditten 126*.
Dobrotworski 21*.
Doerr 177*.
v. Domarus 71* 127*.
Donath 71* 114*.
Dresel 115*.
Dresel u. Levy 71*.
Dreyfus, G. L. 21*.
Düringer 72*.
Dürk 21*.

East, Burt and Shrubsal 177*.
Ebaugh 72*.
Ebstein 21*.
Economo 72*.
Ehrenwall 1*.
Eicke u. Cohn 161*.
Eliasberg 1* 72*.
Elkeles 161*.
Encström 154*.
Endtz 140*.
Engel 72*.
Enzière et Blouquier 72*.
Esau 140*.
Eschhols 22*.
Eskuchen 161*.
Ewald 127* 161*.

Fabritius 72*.
Fahr 140*.
Faltlhauser 154*.
Fauser 22*.
Felden 22*.
Fetscher 72*.
Feuchtwanger 72*.
Filimonoff 72*.
Finkbeiner 102*.
Finkelnburg 72*.
Fiox et Masson 73*.
Fischer, Bruno 72* 177*.
Fischer, Eugen 22*.
Fischer, Heinr. 22* 102* 140*.
Fischer, O., Herrmann, Münzer u. Pötzl 72*.
Fischer, Siegfried 22* 73*.
Flaig 115*.
Flamberti 115*.
Fleck 127*.
Fleischer, Bruno 22* 161*.
de Fleury 140*.
Focher 22* 127* 140* 177*.
Foersterling 127* 177*.
Förtig 161*.
Forel, O. L. 177*.
Forster, E. 22* 73* 140*.
Foscarini 154*.
Fränkel, Fritz 10* 22* 102* 140*.
Fränkel, Manfred 140*.
Francioni 73*.
Frank 22*.
Frank, Ludwig 140* 177*.
Frank, Max 162*.
Freiling u. Jaensch 1*.
Freundlich 162*.
Freud 22*.
Frey 162*.
Friedländer, A. A. 1* 22* 141* 177*.
Frisch 73*.
Fritze 178*.
Fröbes 1*.
Fröschels 141*.
Fuchs, Alfred 75*.
Fuchs, Wilh. 2* 178*.
Fünfgeld 73*.

Gabriel 73*.
Gahn 115*.
Gamma et Omodei Z. 73*.
Gamper 73*.

Gans 2* 22* 23* 73* 74*.
Ganter 23* 102*.
Gaunt 127*.
Gaupp 23* 115*.
Geier 127*.
Geisweid 178*.
Geitling 141*.
Gelb u. Granit 2*.
Geller 127*.
Gelma 178*.
Gennerich 74* 162*.
Georgi 162*.
Gerstmann 74*.
Gerstmann u. Schilder 74*.
Gerty 115*.
Gertz u. Hall 127*.
Gibbs 127*.
Gibbs u. Lemke 127*.
Giese, Herm. 23*.
Giljarowsky 115*.
Glaus u. Zutt 127* 162*.
Globus 102* 140*.
Goebel 162*.
Goebel u. Peters 162*.
Göransson 154*.
Goerber 23*.
Goering 178*.
Goldberger 198*.
Goldbladt 102*.
Goldscheider 23* 141*.
Goldschmidt 23*.
Goldstein 74*.
Golla 141*.
Gmelin 23*.
von Grabe 102*.
Grafe u. Mayer 23*.
Gregor 102*.
Gregor u. Vogtländer 102*.
Greenace 23*.
Greppin 157* 5.
Grewing 74*.
Groß, Adolf 154*.
Groß, Carl 75*.
Gruber, Gg. E. 115*.
Grünthal 115* 141*.
Gruhle 23* 127* 141* 178*.
Guidi 141*.
Guillery 75*.
Guldmann 115*.
Gurewitsch 23* 75* 103*.

Haardt 154*.

Haas 23*.
Haberda 178*.
Haberkant 23*.
Habermann 75*.
Haecker 24*.
Hagelstam 75*.
Hajashi 24*.
Hallervorden 75*.
Handelsmann 75*.
Hanhart 24*.
Hanse 24*.
Hårleman 178*.
Hart, Carl 141*.
Hartmann u. Schilder 127*.
Hartung 24*.
v. Hattingberg 141*.
Haupt, Joh. 2* 24* 115*.
Hauptmann 24*.
Hausmann 24*.
Hazelhoff u. Wiersma 2*.
Hecht 24* 162*.
Hedenberg 24*.
Hegge 2*.
Heinemann 162*.
Heinrichs u. Hendriksen 24*.
Heldt 154*.
Hellpach 24*.
Hellwig 178*.
Henderson and Gillespie 155*.
Henneberg 128*.
Henneberg u. Koch 75*.
Henning 2* 25*.
Henschen, E. E. 25* 75*.
v. Hentig 2* 25*.
Hering 25*.
Hermann-Czina 2*.
Herrmann 75* 76*.
Herschmann 178*.
Hertig 76*.
Herting 155*.
Hesnard 2*.
Hesnard et Lafargue 128*.
Heveroch 76* 128*.
Higier 76*.
Hildebrandt 2* 25* 178*.
Hilgersmann u. Loosen 115*.
Hirsch 141*.
Hirschberg 115*.
Hochstetter 141*.
Hoepfner 76*.
Hoff 76*.
Hoffmann, E. C. 25*.
Hoffmann, H. 128*.
Hoffmann u. Wolfer 115*.
Hofmann 155*.
Holländer 162*.
Holländer u. Funccius 25*.
Hollingworth 25*.
Hollos 25*.
Holmström 155*.
Holzer 76*.
Homburger 25* 96* 140*.
Hoppe 25* 116*.
Horn 128* 178*.
Huebner 179*.
Hueppe 25*.
Hug-Hellmuth 25*.
House 25*.

Idelson 141*.
Ilberg 25* 26* 76*.
Illert 155* 163*.
Isserlin 2* 76* 103*.
Iwanoff-Smolenski 26*.

Jacob u. Moser 26*.
Jacobi, Walther 26* 76* 128* 162* 163* 179*.
Jähnke 163*.
Jänecke 163*.
Jaensch, E. R. 2* 3*.
Jakob 76* 77* 141*.
Jakoby 77*.
Jamin 103*.
Jaspers 26*.
Jeliffe 3*.
Jeliffe and White 26*.
Joël 116*.
Jörger 157* 8.
Jörger, J. Ben. jun. 77*.
Johnson 26*.
de Jong 26*.
Josephi, Herm. 77* 128*.
Joosman u. Steenarts 77*.
Juchtschenko 77*.
Just 26*.

Kämmerer u. Lorbeer 142*.
Kafka, Gustav 3*.
Kafka, V 26* 142* 163*.
Kafka u. Kirschbaum 77*.
Kafka, Schumm u. Waser 26*.
Kahn, Eugen 26* 128* 139*.
Kahn, Pierre 142*.
Kaiser 26*.
Kalberlah 77*.
Kalmus 26* 139*.
Kastan 163*.
Katz 3*.
Katz u. Toll 3*.
Kauders 26* 77* 142*.
Kauffmann 3*.
Kehrer 26* 27*.
Kehrer u. Fischer 27*.
Keilty 27*.
Kennedy 142*.
Kersten 142*.
Kirchberg 164*.
Kirsch-Härtel 103*.
Kirschbaum 27*.
Kirschbaum u Kaltenbach 77*.
Kirschner 77*.
Kläsi 27* 142*.
Klarfeld 128*.
Klein, Heinr. W. 27*.
Klein, Karl 164*.
Kleine, Willi 78* 142*.
Kleist 78* 132* 142*.
Klieneberger 128*.
Kling 78*.
Klopstok-Kowarsky 27*.
Kluge 27*.
Knickel 28*.
Knipping 142*.
Koch 78*.
Kockel 139*.
König 78* 179*.
Körting 116*.
Kogerer 28* 78* 142*.
Kollarits 28* 98* 142*.
Koller 28*.
Korte 3*.
Kostrzewski u. Artwinski 78*.
Kraepelin 3* 28* 116*.
Krafftczyk 116*.
Kramer 103* 142*.
Krebs 78*.
Kreckeler 28*.
Krehl 28*.
Kreßler 164*.
Kretschmer 28* 142*.
von Kries 28*.
Krisch 142*.

Kritschewsky u. Autonomow 116*.
Krömecke 164*.
Kroemer 28*.
Kronfeld 3* 28* 29*.
Krüger 78*.
Krüskemper 164*.
Krypsin-Exner 29* 128*.
v. Kuenberg 78*.
Küppers 3* 29* 142*.
Kürbitz, W. 116*.
Küttner u. Wollenberg 142*.
Kufs 78*.
Kure and Skimoda 128*.
Kurella 3*.
Kutscher-Lißberg 142*.
Kwan 29*.

Ladame 29* 128*.
Lafora 29*.
Laignel-Lavastine 29* 128*.
Laird 29*.
Lamm 29*.
Lamsens 29*.
Landau 29* 78*.
Lange, Joh. 29* 78* 128*.
Larsen 116*.
Laubenheimer u. Hämel 164*.
Laubi 29*.
Lazar 155*.
Lederer 143*.
Legewie 143*.
Lejeune 29*.
Lennmalm 79*.
Lenz 29*.
Lepine 143*.
Leppmann 179*.
Lerrmann 79*.
Letelier-G. 157* 6.
v. Leupold 29*.
Levy, P. E. 29*.
Lewandowsky u. Förster 143*.
Lewerenz 79*.
Lewis 30*.
Lewy, F. H. 143*.
v. d. Leyen 103*.
Leyser 30* 79*.
L'Hermitte 30* 79*.
L'Hermitte et Bourguina 143*.
L'Hermitte et Nicolas 79*.
Lichtwitz 30*.
Liebermeister 30*.
Liebers 129*.
Lienau 30*.
Liepmann 129* 179*.
van Lier 30*.
Linzenmeier 30*.
Lobstein 30*.
Loeb 30*.
Löw 79*.
Löwenberg 30* 79* 164*.
Löwenstein 143*.
Löwenthal 129*.
Löwy u. Pötzl 79*.
Lohmann 164*.
Long 79*.
Looft 103*.
van Loon 129*.
Lorenz 79* 116*.
Lowrey 129*.
Lubarsch 79*.
Lucksch u. Spatz 79*.
Lückerath 30* 103*.
Lugaro 30*.
Lundholm 129*.
Lundholm, Plaut and Whithorn 30*.
Luxemburger 155*.

Maas, O. 30* 80*.
Mc. Alister and Grand 81*.
Mackenzie 30*.
Magganda 80*.
Magnus 31*.
Maier, Hans W. 31* 103*.
Main 129*.
Mainzer 155*.
Mallet 129*.
Mangold 31*.
Mann 80* 143*.
Manouélian 80*.
Marañon 31*.
Marañon u. Guitiérez 143*.
Marbe 3*.
Marburg 80*.
Marchand 143*.
Marcus 31* 80*.
Marcuse 31*.
Marie 80*.
Marie, Fox et Alajouanine 80*.
Marienfeld 179*.
Marinesco 103*.
Marinesco et Radovici 103*.
Markuszewitsch 80*.
Marquard 80*.
Marx, E. 143*.
Marx, Norbert 116*.
Mathes 31*.
Matzdorff 31* 80*. 164*.
Mau 80*.
Maux 129*.
May 81*.
Mayer, C. 31*.
Mayer-Groß 129*.
Meagher 179*.
Medow 129*.
Meggendorfer 143*.
Meinicke 164*.
Meinicke u. Grün 164*.
Meisenheimer 31*.
Memmersheimer 81*.
Menk 81*.
Merklen 81*.
Merland et Florentin 129*.
Messerli 103*.
Merzbacher 81*.
Metzger 179*.
Meyer, A. 81*.
Meyer, E. 31* 32* 81* 116*.
Meyer, Max 81*.
Meyer, Semi 32*.
Meyer-Lüne 29*.
Michalek 155*.
v. Miltner 32*.
Mingazzini 164*.
Minkowski 32* 129* 130*.
Mino 32*.
Minor 81*.
Miskolczi 81*.
Misch 32*.
Moeckel 32*.
Möllenhoff 32* 81*.
Mönkemöller 32* 179*.
Mohr, Fr. 143*.
Molnar 164*.
Mondio 130*.
Monrad-Krohn 81* 143*.
Moon 82*.
Moore 82*.
Moos 143*.
Morawski 116*.
Morgenstern 116*.
Morse 130*.

Morselli 32*.
Moser 130*.
Mott 3* 82* 130* 143*.
Much 32*.
Mucha u. Satke 82* 164*.
Mühlens 82*.
Müller, A. 31*.
Müller, G. C. 3*.
Müller, H. 130*.
Müller, Hans H. 82*.
Müller, Joh. 30*.
Müller, L. R. 32*.
Münzer 130*.
Münzer u. Pollak 130*.
Murphie 130*.
Mursell 32*.
Muskens 144*.

Naegeli 32*.
Naito 82*.
Nast 164*.
Naville 103*.
Neel 82*.
Nerlich 144*.
Neubürger 82*.
Neumann 3* 103*.
Neutra 117*.
Nießl v. Mayendorf 32* 82*.
Nikula 103*.
Nißl 32*.
Nissle 82*.
Nobekurt 104*.
Nonne 82*.
Nouet et Lautier 130*.
Novóa 33*.

Oksala 82*.
Olivier 130*.
Olkon 33*.
Omorokoff 83*.
Oppe 117*.
Oppenheimer 144*.
Orloff 104*.
Osnato 144*.
Ossipoff 33* 83* 117*.
Oswald 144*.

Page 130*.
Paine 144*.
Pándy 83*.
Pappenheim 33* 83* 165*.
Pardee 83*.
Parmelee 179*.
Parsons 83*.
Pascal 33*.
Patterson 145*.
Pauli 33*.
Paulian 33*.
Pedericini 144*.
Peiper 104*.
Perelmann 117*.
Petrén 117*.
Petrén u. Brahme 83*.
Petrowski 3*.
Pétru 104*.
Pette 83*.
Pfeiffer, Herm. 179*.
Pfister 4* 33*.
Pfuhl 33*.
Philipps 155*.
Picard 180*.
Pick, A. 4* 33* 83* 165*.
Pierkowski 83*.
Pietruski 180*.
Pighini 144*.
Piltz 33*.
Pinéas 84*.
Planner 180*.
Plant 155*.
Plantenga 33*.
Plaßmann 4*.
Plaut 84*.
Plaut u. Mulzer 165*.
Plaut u. Spielmeyer 32* 84*.
Plötner 180*.
Pönitz 84*.
Pötzl 84*.
Pohlisch 144*.
Polek 144*.
Pophal 33* 104*.
Poppelreuter 4*.
Porot 155*.
Poroz 144*.
Potter 33*.
Potter u. Viers 33*.
Prausnitz 165*.
Prausnitz u. Margarete Stern 165*.
Presser und Weintraub 165*.
Prince 130*.
Prinzhorn 34*.
Privat et Fortunie 130*.
Prym 84*.
Pulvermacher 144*.
Pussep 34* 84*.
Pussep u. Levin 34*.
Quensel u. Pfeiffer 34*.

Raab 144*.
von Rad 84*.
Raecke 34* 84* 180*.
Raimann 34*.
Rank 144*.
Raphael 130*.
Raphael, Parsons and Woodwell 131*.
Rasdolsky 84*.
Ratig 84*.
Raw, Robertson and Worth 180*.
Read 180*.
Redlich 84*.
Rehder 144*.
Rehm 180*.
Reichardt 34* 144* 180*.
Reichmann, Frida 84* 145*.
Reichel 180*.
Reick 145*.
Reid 34*.
Rein 34* 180*.
Renner 34*.
Richter 84* 85*.
Rigall 34* 117*.
Riggs 145*.
Ritter 85*.
Rittershaus 34* 117* 131* 180*.
Rixen 180*.
Rizatti 85* 180*.
Roch 84*.
Rochow 35* 145* 165*.
Rodiet 155* 180*.
Römer 34* 145*.
Röper 85*.
Roffenstein 34*.
Rohde 145*.
de Roos et Suermond 180*.
Rorschach 4*.
Rosenberg 35* 145*.
Rosenfeld 117* 145*.
Rosenthal 85*.
Rosett 145*.
Rossi et Simonelli 85*.
Rothmann 85*.
Roubinowitsch 85*.
Rubner, v. Gruber u. Fischer 35*.
Rüdin 35*.
Rülf 4*.

Rümke 35*.
Rüscher 165*.
Ruhe 85*.
Runge 35* 85* 86* 117*.

Sacerdote 35*.
Sachs, H. 35* 86* 165*.
Sachs u. Georgi 165*.
Sachs u. Klopstock 165*.
Sagel 86*.
Sahlgreen 165*.
Sahli 145*.
Saito 86*.
Salmon 86*.
de Sanctis 104*.
Santangelo 165*.
Sanz 35*.
Sapas 86*.
Sarbo 86*.
Sato, Goro 165*.
Saunders 35* 155*.
Scarpini 155*.
Schade 155*.
Schaffer 86*.
Scharnke 86*.
Scheidt 35*.
Scheler 35*.
Schickele 35*.
Schilder 4* 35* 86* 131* 145*.
Schiller 157* 9.
Schjelderup-Ebbe 4*.
Schlesinger, H. 145*.
Schlund 104* 145*.
Schmelowski 166*.
Schmidt, Karl 155*.
Schmitt, Willy 86* 166*.
Schmitz 35* 131* 145*.
Schnabel 86*.
Schneider, A. 35*.
Schneider, H. W. 35*.
Schneider, Martin 166*.
Schneider, Kurt 104* 145*.
Schnyder 35*.
Schob 86*.
Schönfeld 145*.
Scholz, W. 87*.
Schou 36* 87* 166*.
Schramm 36*.
Schreder 87*.
Schröder, Kurt 87*.
Schröder, P. 36* 87*.
Schryver 131*.
Schryver-Herzberger 36*.
Schükri 87*.
Schultz, J. H. 36* 146*.
Schultz u. Frida Reichmann 146*.
Schultze, E. 181*.
Schuster, Julius 36* 87* 131*.
Schuster, Paul 87*.
Schwabe 156*.
Schwartz 36*.
Schwenninger, Adolf 36*.
Scripture 87*.
Seelert 36*.
Segi Moto 87*.
Seidelmann 117*.
Serog 36*.
Serejski 36*.
Shaw 156*.
Sho Hoshiro 87*.
Sichel 36*.
Siebert, Harald 36* 37* 146* 166*.
Siemens 37*.
Siemerling 37*.
Siemerling u. Kreutzfeld 87*.
Sigg 146*.
Simon 181*.
Sjöbrink 37* 146*.
Sioli 88*.
Sioli u. Meyer 37*.
Sittig 88*.
Skliar 131*.
Slauk 88*.
Snessareff u. Finkelstein 88*.
Söderbergh 88*.
Sollier 146*.
Sollier, Paul et Manet 117*.
Solomon 88*.
Sommer, R. 37*.
Souques, Mouquin et Walter 88* 166*.
Spaar 37*.
Sparmann 166*.
Spatz 37* 40* 88*.
Specht 37*.
Spiegel 37*.
Spielmeyer 88* 104*.
Spielrein 37*.
Srobar 117*.
Staehelin 131*.
Stanojewic 37* 38*.
Steck 131*.
Stein, Franz 88*.
Stein, H. 38*.
Steiner, B. 166*.
Steinthal 146*.
Stekel 38* 181*.
Stelzner 38*.
Stenvers 38*.
Stern, Erich 4*.
Stern, Felix 88*.
Stern, Margarete, u. R. Stern 166*.
Stern-Piper 38*.
Stertz, G. 88*.
Stief, A. 88*.
Stiefler, Georg 38*. 39*. 117* 146*.
Stier, E. 146*.
Stockard 38*.
Stomps 38*.
Storch 131*.
Sträußler u. Koskinas 89*.
Stransky 4* 38*.
Strasser 38*.
Strecker 38* 39*.
Strempel 166*.
Strömme 39*.
Strümpell 146*.
Strumia 166*.
Stuurman 39* 146* 156*.
Suessareff 131*.
Suttie 39*.
Swanoff-Smolenski 39*.
Szondi 104*.
Szyska 89*.

Taillens 146*.
Tamburini 181*.
Targowla 39* 131*.
Tarozzi 89*.
Templeton 89*.
Tetzner 166*.
Thayssen u. Hess 166*.
Thiel 89* 167*.
Thurzó 89*.
Thurzó u. Kulczar 167*.
Tilger 39*.
Tilney 89*.
Timme 146*.
Tinel 104*.
Tiretta 39* 131*.
van der Torren 131*.
Traugott 146*.
Trendelenburg 39*.
Triumfoff 117*.

Trömner 39*.
Tschugunoff 89* 104*.

Ukai 104*.
Ullbricht 118*.
Urecchia, Michalescu u. Elkeles 89*.
Usse 132*.
Uyematsu 89*.

Valdizan et Delgado 132*.
van Valkenburg 89* 146*.
Vedrani 132*.
Vermeylen 104*.
Verwaeck 118*.
Vidoni 39* 40*.
Vidoni et Cabitto 181*.
Vierheller 89*.
Villinger 89* 156*.
Vocke 181*.
Vogt, Cécile u. O. 90*.
Vogtländer, Else 4*.
Volkmann, Joh. 90*.
v. Volkmann, Rüdiger 90*.
Vollmer 146*.
Vorkastner 146*.

Wagner-Jauregg 40*.
Wahl 40*.
Walker 132*.
Wallis and Nicol 146*.
Walter, F. K. 147*.
Walther, F. 40*.
Wartenberg 90*.
Watson 118*.
Weber (Chemnitz) 156*.
Weehler 4*.
Weichbrodt 40* 90*.
Weigelt 90* 167*.
Weiler 181*.
Weill, Mouriquand et Dufourt 104*.
Weinberg, A. A. 4*.
Weinberg, Ernst 90*.
Weinmann, Kurt 132*.
Weinmann, Waldemar 90*.
Weiß 147*.
Wells 4*.
Wendt 181*.
Wenger 40*.
Werner 40*.
Westphal 90*.
Weygandt 90* 181*.
Wexberg 90* 132*.
Whitehorn 40*.
Wickel 40*.
Widmann 181*.
Wiersma 147*.
Wildermuth, Hans 40*.
Wille 157* 3.
Wimmer 40* 91*.
Winokuroff 132*.
Winokuroff und Gilgarowski 118*.
Winter, F. 147*.
Winther, K. 91*.
Wittgenstein 167*.
Wittiger 40*.
van Woerkom 91*.
Wolfensberger 118*.
Wollenberg 40*.
Wüllenweber 167*.
Wulff, M. 147*.
Wuth 40* 118*.

Yuenkwei 167*.

Zamorani 91*.
Zawlajeff 104*.
Zappert 147*.
Zierl 91*.
Zimmerli 91*.
Zimmermann 147*.
Ziveri 118*.
Zondek 147*.
Zylberlast-Zandowa 91*.

Walter de Gruyter & Co. **Berlin W 10 und Leipzig**
Postscheckkonto: Berlin NW 7 Nr. 595 33

Klinisches Wörterbuch. Die Kunstausdrücke der Medizin, erläutert von Dr. med. Otto Dornblüth, Sanitätsrat in Wiesbaden. Zwölfte Auflage. Oktav. 458 Seiten. 1926. Geb. 7.50

Etymologisches Wörterbuch der Naturwissenschaften und Medizin. Sprachliche Erklärung der wichtigsten Ausdrücke und Namen der Anatomie, Astronomie, Biologie, Botanik, Chemie, Geographie, Geologie, Medizin, Mineralogie, Naturphilosophie, Paläontologie, Physik, Psychologie und Zoologie. Von Dr. C. W. Schmidt. Oktav. 138 Seiten. 1923. Geb. 3.20

Geschichte der Medizin. Von Dr. med. et phil. Paul Diepgen, Professor in Freiburg i. B.

I: Altertum. Zweite Auflage. 116 Seiten. 1923. (*Sammlung Göschen Bd.* 679.) Geb. 1.50

II: Mittelalter. 118 Seiten. 1914. (*Sammlung Göschen Bd.* 745.) Geb. 1.50

III: Neuzeit. Von Andreas Vesalius bis zur Begründung der Zellularpathologie durch Rudolf Virchow (1858). 142 Seiten. 1919. (*Sammlung Göschen Bd.* 786.) Geb. 1.50

IV: Neueste Zeit. Von der Begründung der Zellularpathologie bis zur Gegenwart. Erster Teil. Mit 4 Figuren. 146 Seiten. 1924. (*Sammlung Göschen Bd.* 883.) Geb. 1.50

Psychologie. Von Th. Erismann.

I. Die Grundlagen der allgemeinen Psychologie. 112 Seiten. 1920. (*Sammlung Göschen Bd.* 831.) Geb. 1.50

II. Die allgemeinsten Eigenschaften der Psyche. 144 Seiten. 1921. (*Sammlung Göschen Bd.* 832.) Geb. 1.50

III. Die Hauptformen des psychischen Geschehens. 144 Seiten. 1921. (*Sammlung Göschen Bd.* 833.) Geb. 1.50

Angewandte Psychologie. Von Th. Erismann. Neudruck. 159 Seiten. 1920. (*Sammlung Göschen Bd.* 774.) Geb. 1.50

Walter de Gruyter & Co. **Berlin W 10 und Leipzig**
Postscheckkonto: Berlin NW 7 Nr. 59533

Die nervösen Krankheitserscheinungen der Lepra mit besonderer Berücksichtigung ihrer Differentialdiagnose nach eigenen, auf einer Studienreise in Serajevo und Konstantinopel gemachten Erfahrungen. Von Dr. Max Laehr. Mit 4 Lichtdrucktafeln und 1 Abbildung im Text. Groß-Oktav. XII, 162 Seiten. 1899. 4.—

Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hilfsdisziplinen in allen Ländern. Von Dr. Heinrich Laehr. Vierte, vermehrte und umgearbeitete Auflage. Groß-Oktav. XIV, 478 Seiten. 1893. 12.—

Die Anstalten für psychisch Kranke in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. Von Dr. Hans Laehr. Siebente Auflage. Groß-Oktav. XIV, 272 Seiten. 1912. 5.—

Die Lokalisation der geistigen Vorgänge insbesondere der Sinnesempfindungen des Menschen. Vortrag, gehalten auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Frankfurt a. M. Von Dr. Paul Flechsig, o. Professor der Psychiatrie an der Universität Leipzig. Mit Abb. im Text und 1 Tafel. Oktav. 88 Seiten. 1896. 1.60

Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen. Vortrag, gehalten beim Antritt des Lehramtes an der Universität Leipzig am 4. März 1882. Von Dr. Paul Flechsig, o. Professor der Psychiatrie an der Universität Leipzig. Groß-Oktav. 36 Seiten. 1882. 1.20

Die Grenzen geistiger Gesundheit und Krankheit. Rede, gehalten am 23. April 1896. Von Dr. Paul Flechsig, o. Professor der Psychiatrie an der Universität Leipzig. Zweiter, unveränderter Abdruck. Oktav. 48 Seiten. 1896. 1.—

Verlangen Sie unseren Fachkatalog „Naturwissenschaften und Medizin", der durch jede Buchhandlung oder direkt vom Verlage kostenlos erhältlich ist.

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06221 2652

BOUND

NOV 3 1927

UNIV. OF MICH.
LIBRARY